

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



**“ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
Y EL NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE EPISIOTOMÍA EN PUÉRPERAS DE
PARTO EUTÓCICO DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA, AREQUIPA, ABRIL – MAYO 2016”**

Tesis presentada por las bachilleres:

Susan Helen Becerra Machuca

Yoisi del Pilar Cruz Carita

Para optar el Título Profesional de:

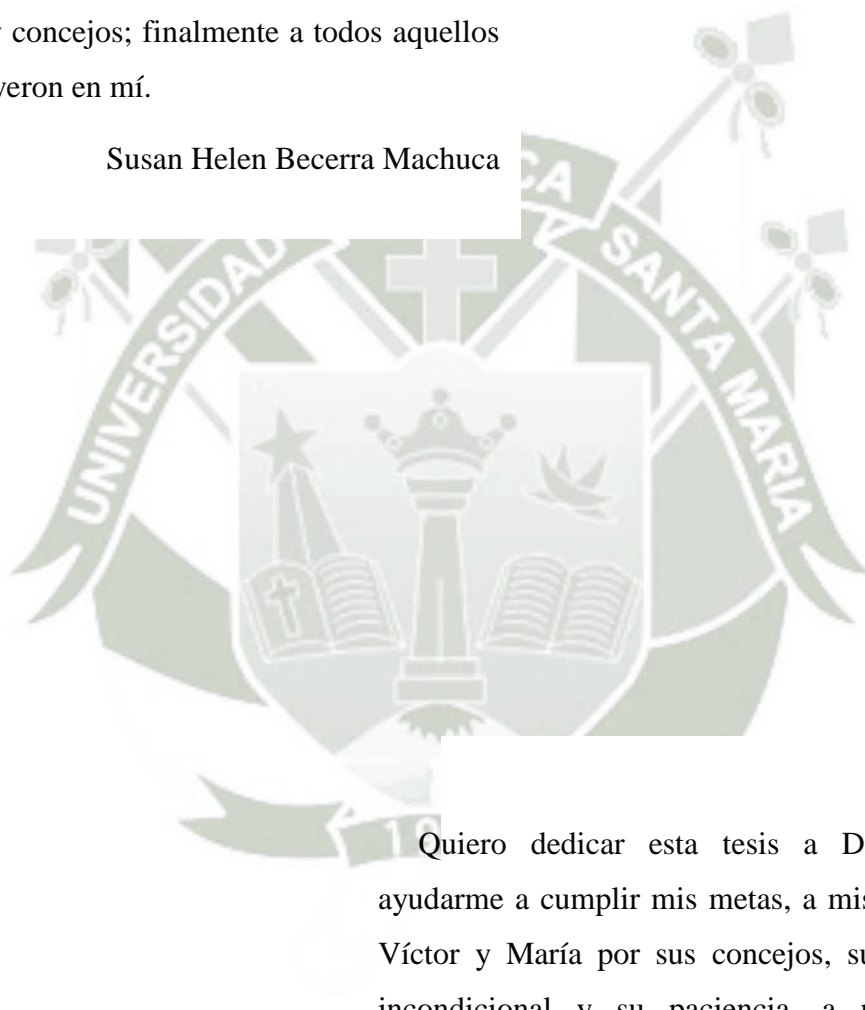
Licenciada en Obstetricia

Arequipa - Perú

2016

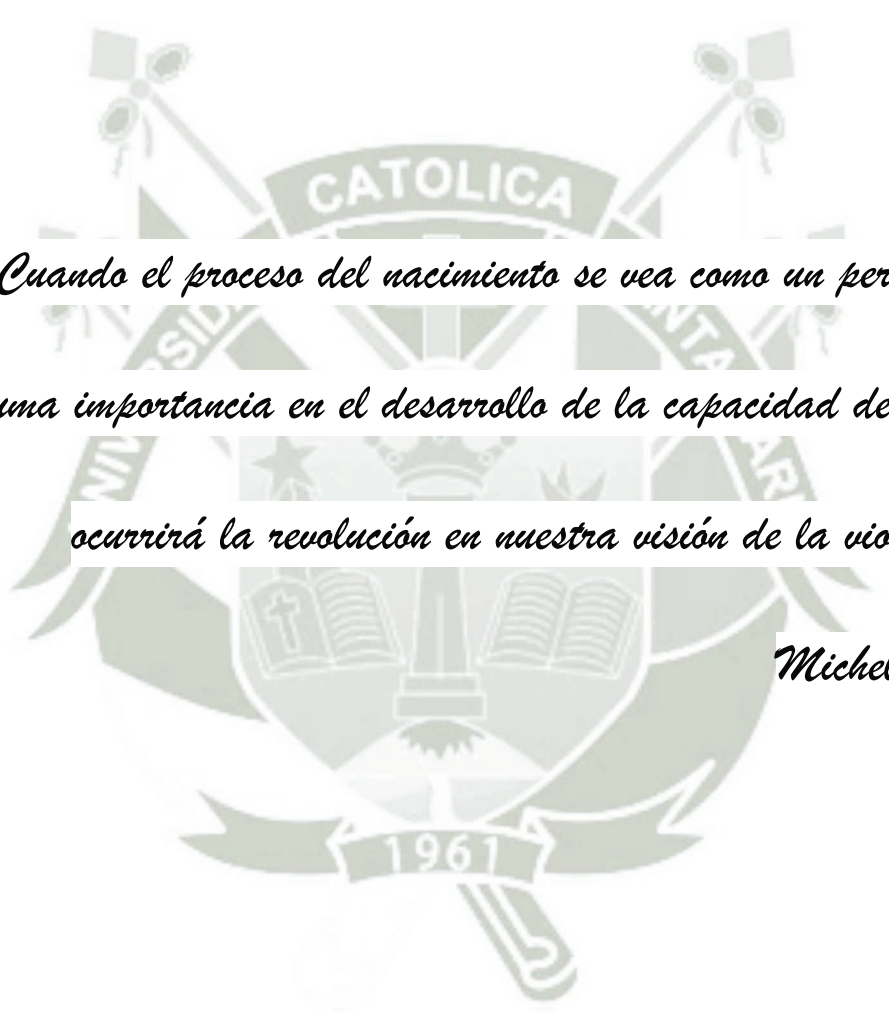
Dedico esta tesis a Dios por fortalecer mi espíritu para la elección de esta hermosa carrera y por permitirme cumplir esta meta que muchas veces creí inalcanzable, a mi princesa Gaela por ser el motivo de mi lucha constante, a mi compañero de vida por no dejarme caer e impulsarme a ser mejor, a mis amados padres por su gran sacrificio, por brindarme siempre su apoyo y consejos; finalmente a todos aquellos que creyeron en mí.

Susan Helen Becerra Machuca



Quiero dedicar esta tesis a Dios por ayudarme a cumplir mis metas, a mis padres Víctor y María por sus consejos, su apoyo incondicional y su paciencia, a mi hijo Gustavo por ser el motivo de mi superación, a mi esposo por apoyarme en todo y no dejarme rendir y todo lo que hoy soy es gracias a ellos.

Yoisí del Pilar Cruz Carita



*“Cuando el proceso del nacimiento se vea como un periodo de
suma importancia en el desarrollo de la capacidad de amar,
ocurrirá la revolución en nuestra visión de la violencia”*

Michel Odent

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I.....	10
I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	11
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	11
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	11
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.4. OBJETIVOS.....	14
1.5. HIPÓTESIS.....	15
2. MARCO TEÓRICO	16
2.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	16
2.2. CANAL DE PARTO.....	17
2.3. HISTORIA Y EVOLUCIÓN DE LA EPISIOTOMÍA.....	21
2.4. PREVALENCIA E INCIDENCIA	23
2.5. EPISIOTOMÍA	24
3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.	35
CAPÍTULO II.....	40
II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	41
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	41
1.1. TÉCNICA:	41
1.2. INSTRUMENTOS:.....	41
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	42

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL:	42
2.2. UBICACIÓN TEMPORAL:	42
2.3. UNIDADES DE ESTUDIO:	42
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	43
3.1. ORGANIZACIÓN	43
3.2. RECURSOS:	44
3.3. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:	45
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS	45
4.1. PLAN DE PROCESAMIENTO	45
4.2. PLAN DE ANÁLISIS	46
CAPÍTULO III: RESULTADOS	47
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	64
CONCLUSIONES.....	68
RECOMENDACIONES	69
BIBLIOGRAFÍA.....	70
ANEXOS.....	73
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	73
ANEXO 2. CUESTIONARIO.....	74
ANEXO 3. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.....	79
ANEXO 4. CROQUIS DELIMITACIÓN DEL LUGAR.....	80
ANEXO 5. MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS	81

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio buscó asociar las características sociodemográficas y el nivel de información sobre episiotomía en puérperas de parto eutócico que acuden al Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2016

Materiales y métodos: Se aplicó una ficha de recolección de datos y un cuestionario de 20 preguntas previamente validado mediante el alfa de Cronbach a una muestra representativa de 200 puérperas del Hospital Honorio Delgado Espinosa durante los meses de Abril y Mayo del 2016.

Los datos recolectados fueron calificados, sistematizados, interpretados y analizados mediante gráficos de barras, tabulaciones simples y de doble entrada y el software SPSS. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y con la prueba Chi cuadrado de Pearson como medida de asociación.

Resultados: El 72.0% de las puérperas tuvieron entre 18-28 años, el estado civil fue conviviente en 72%, el nivel de instrucción predominante fue secundaria en 60%, la ocupación fue de amas de casa (49.5%), y el 52.5% de puérperas eran nulíparas.

Se encontró que el 50.0% tuvieron un nivel de información deficiente, mientras que el 1.5% tenían un nivel bueno y el 48.5% mostraron un nivel de información regular.

Solo se encontró relación estadísticamente significativa con el nivel de instrucción.

Conclusión: Se concluye que la mitad de puérperas tuvieron un nivel de información deficiente sobre la episiotomía y este se asoció solo con el nivel de instrucción, por lo que se requiere mejorar las medidas educativas sobre dicho procedimiento del personal de salud.

PALABRAS CLAVE: episiotomía – nivel de información – puérperas.

ABSTRACT

Objective: The present study sought to associate sociodemographic characteristics and the level of episiotomy information in puerperal women of euthyogenic delivery who attend Regional Hospital Honorio Delgado, Arequipa, 2016

Materials and methods: A data collection form and a 20-question questionnaire previously validated using Cronbach's alpha were applied to a representative sample of 200 puerperal patients at the Hospital Honorio Delgado Espinosa during the months of April and May of 2016.

The data collected were qualified, systematized, interpreted and analyzed using bar graphs, single and double-entry tabulations and SPSS software.

Results are presented by means of descriptive statistics and the Pearson Chi square test as a measure of association.

Results: 72.0% of the puerperal women were between 18-28 years old, the civil status was cohabiting in 72%, the predominant level of education was secondary in 60%, the occupation was of housewives (49.5%), and 52.5% % Of puerperal women were nulliparous.

It was found that 50.0% had a poor level of information, while 1.5% had a good level and 48.5% showed a level of regular information.

Only a statistically significant relationship was found with the level of education.

Conclusion: It is concluded that half of puerperas had a deficient level of information about the episiotomy and this was associated only with the level of education, which is why it is necessary to improve educational measures on this procedure of health personnel.

KEYWORDS: episiotomy - level information - postpartum women

INTRODUCCIÓN

La realización de episiotomía permite ampliar el diámetro de la apertura vaginal para la salida del feto con mayor facilidad que en los casos en los que no se realiza dicho procedimiento, su mayor ventaja es disminuir la posibilidad de lesiones “graves” por desgarros y el subsecuente daño físico y psicológico de la gestante.

Cabe resaltar que en los últimos años se han hecho muchos estudios acerca de la realización de la episiotomía los cuales demuestran que dicha intervención tiene mucho más desventajas que beneficios. (1, 2)

La mujer embarazada tiene derecho a ser informada por el profesional de salud acerca de cómo se desencadena el parto y todas las posibles intervenciones quirúrgico obstétricas (episiotomía, episiorrafia) a las que podría ser sometida en función a salvaguardar su vida y la del feto; la información que se brindara a la madre acerca de dichos procedimientos debe ser completa dando a conocer no solo beneficios sino también los riesgos y complicaciones que estos conllevan. (3)

La importancia de informar a la gestante con la debida anticipación acerca de métodos alternativos disponibles tales como los ejercicios de kegel y masajes perineales le permitirá tener una preparación física y psicológica para afrontar el momento del parto de una manera segura y así poder reducir la posibilidad de tener que ser sometida a una episiotomía.

Durante los años de nuestra formación profesional nos hemos dado cuenta que las gestantes muchas veces no son debidamente informadas acerca de los procedimientos a realizar en el momento del parto y lo asocian a sus características sociodemográficas por lo que muestran su descontento con el personal de Obstetricia; por tal motivo es de gran

interés para nosotras conocer el nivel de información que tienen las puérperas acerca de la episiotomía y episiorrafia.

Es por ello que se realizó la presente, con el fin de investigar la asociación de las características sociodemográficas con dicho nivel de información ya que actualmente no existen trabajos documentados.





CAPÍTULO I

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

“Asociación entre las características sociodemográficas y el nivel de información sobre episiotomía en puérperas de parto eutócico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, Abril – Mayo 2016”

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

a) Área del conocimiento

- **Campo** : Ciencias de la Salud
- **Área general** : Salud Materno Perinatal
- **Línea** : Procedimiento Quirúrgico Obstétrico.

b) Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
VARIABLE INDEPENDIENTE		
CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS	Edad	- Años
	Estado civil	- Soltera - Casada - Conviviente - Otro
	Grado de instrucción	- Iltrado - Primaria - Secundaria - Técnico superior - Superior universitario
	Ocupación	- Ama de casa - Trabajadora dependiente - Trabajadora independiente - Otros
	Paridad previa al parto	- Nulípara - Primípara - Multípara - Gran multípara
VARIABLE DEPENDIENTE		
NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE EPISIOTOMÍA	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto de episiotomía - Tipos de episiotomía - Indicaciones para la episiotomía - Ventajas de la episiotomía 	Bueno
	<ul style="list-style-type: none"> - Desventajas de la episiotomía - Momento de la episiotomía - Momento de la episiorrafia 	Regular
	<ul style="list-style-type: none"> - Complicaciones de la episiotomía - Cuidados de la episiotomía 	Deficiente

c) Interrogantes básicas

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las puérperas de parto eutócico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, Abril - Mayo 2016?
- ¿Cuál es el nivel de información sobre episiotomía en puérperas de parto eutócico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, Abril - Mayo 2016?
- ¿Cómo se asocian las características sociodemográficas y el nivel de información sobre episiotomía en puérperas de parto eutócico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, Abril – Mayo 2016?

d) Tipo de Investigación

El presente estudio es una investigación de campo.

e) Nivel de investigación.

Relacional.

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

a) Originalidad

No se han realizado estudios similares de este tipo en los últimos 5 años por lo que el presente estudio “Asociación entre las características sociodemográficas y el nivel de información sobre episiotomía en puérperas de parto eutócico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, Abril – Mayo 2016”; es un proyecto novedoso.

b) Relevancia práctica

La identificación de la necesidad de brindar información completa y adecuada acerca de la episiotomía en gestantes permitirá estandarizar los

aspectos que deben informarse en dichas pacientes, a la vez protocolizar y poner en práctica el documento de consentimiento informado.

c) Relevancia social

La adecuada información brindada a la gestante mejorará la calidad de atención de la paciente; con lo cual el personal de salud cumplirá con no vulnerar los derechos de esta.

d) Contemporaneidad

La aplicación de medidas preventivas para mejorar la atención del parto es un interés permanente en la atención del binomio madre-niño, siendo la episiotomía un procedimiento en permanente controversia.

e) Factibilidad

Al ser un estudio prospectivo que cuenta con una población accesible, ambientes adecuados de atención del parto y puerperio para la adecuada recolección de datos.

1.4. OBJETIVOS

- 1) Determinar las características sociodemográficas de las puérperas de parto eutócico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, Abril - Mayo 2016.
- 2) Identificar el nivel de información sobre episiotomía en puérperas de parto eutócico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, Abril - Mayo 2016.
- 3) Asociar las características sociodemográficas y el nivel de información sobre episiotomía en puérperas de parto eutócico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, Abril – Mayo 2016.

1.5. HIPÓTESIS.

Dado que es un derecho de la mujer gestante, ser debidamente informada sobre los procedimientos quirúrgicos obstétricos posibles a realizar en el momento del parto.

Es probable que el nivel de información sobre episiotomía esté asociado a las características sociodemográficas en púerperas de parto eutócico del Hospital General Honorio Delgado Espinoza.



2. MARCO TEÓRICO

2.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Palabra que se puede descomponer en dos, socio que quiere decir sociedad, de la sociedad y demografía que quiere decir estudio estadístico sobre un grupo de población humana.

Son el conjunto de características biológicas, socioeconómicoculturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles.

2.1.1. *EDAD:*

Con origen en el latín *aetas*, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.

2.1.2. *ESTADO CIVIL:*

Condición de una persona según el registro civil o costumbres del país en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.

2.1.3. *GRADO DE INSTRUCCIÓN:*

El nivel de instrucción de una persona es el grado de estudios que ha alcanzado mediante el proceso de enseñanza aprendizaje que crea la integración y elaboración de lo aprendido.

2.1.4. *OCUPACIÓN:*

Es un término que proviene del latín *occupation* y que está vinculado al verbo ocupar. La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo, En nuestro estudio el concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer.

2.1.5. *PARIDAD:*

La paridad se designa con el número total de embarazos y partos que una mujer ha tenido, niños nacidos vivos o de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación y con un peso mayor a 500 gramos. Mayor a 25 cm. de talla independientemente de la salida de la placenta y de la sección de cordón umbilical. (4)

2.2. CANAL DE PARTO

El feto no tiene una conducta activa en el trabajo de parto. Se comporta como un elemento móvil pasivo, cuya evolución está dada por su forma y por la adaptación de la misma a la peculiar conformación que presenta el canal de parto.

Las contracciones uterinas harán progresar este móvil dentro del canal hasta ser expulsado fuera del claustro materno siempre y cuando exista una adecuada proporción entre el continente y contenido.

Dicho canal adopta la forma de un conducto cilíndrico acodado y está constituido por una estructura ósea (pelvis) y un conjunto musculo aponeurótico (canal blando o suelo de la pelvis). (5)

2.2.1. *PELVIS ÓSEA*

Está formada por cuatro huesos; los dos coxales, el sacro, y el cóccix, pero desde el punto de vista obstétrico es la pelvis menor la que cobra mayor importancia ya que determina el desfiladero óseo del canal del parto.

La entrada de dicho canal se denomina estrecho superior y su salida estrecho inferior, recibiendo el nombre de excavación la zona comprendida entre ambos. El móvil fetal al sortear estas 3 zonas, cumple en cada una de ellas un tiempo del mecanismo del parto. (6)

2.2.2. CANAL BLANDO

La pelvis blanda o piso pelviano es un verdadero embudo musculomembranoso, formado por dos cinchas.

La primera precoccígea, dilatada, constituida por dos planos musculares; uno superficial y otro profundo.

En la línea media se encuentran dos rafe o tendones fibrosos; el rafe anovulvar o tendón medio y el rafe anococcígeo, unidos por el anillo muscular del esfínter externo del ano. Estos 2 rafe integran una unidad funcional anoperineovulvar, anclados por un lado al cóccix y por otro al pubis.

La segunda cincha, coccígea, mas posterior musculofibrosa e inextensible; limita la retropulsión del cóccix y rechaza la presentación hacia la otra cincha. (5)

2.2.3. PERINÉ O PERINEO

Está constituido por los tejidos que circunscriben el estrecho inferior de la pelvis y si desde el punto anatómico interesa el perineo anterior, (limitado hacia atrás por la línea bisquiática que pasa cerca del ano), Como el posterior (que por detrás de esa línea llega hasta el coxis y ligamentos sacrociáticos); desde el punto de vista obstétrico nuestro interés radica exclusivamente en el perineo anterior, que es donde pueden producirse desgarros o donde suele ser imprescindible practicar incisiones ampliatorias durante el parto.

Tiene una forma triangular y desde el limite posterior ya citado sigue lateralmente hacia las ramas isquiopubianas para terminar por delante en el pubis.

El que más nos interesa es el triángulo vaginorectal, que es el verdadero periné obstétrico es una pirámide triangular originada por la separación del recto y la vagina (tabique anovulvar) su pared anterior es la cara posterior de la vulva y la vagina; su

cara posterior es la anterior del recto perineal; la base es la piel comprendida entre la horquilla vulvar y el orificio anal y sus paredes laterales están representadas por las fosas isquioresctales. (7)

2.2.4. *CINCHA PRECOCCÍGEA*

Está formada siguiendo la dirección del eje del canal del parto, por un plano profundo comprendido entre la aponeurosis perineal profunda y la aponeurosis media y un plano superficial entre la aponeurosis media y la aponeurosis superficial.

A. Plano profundo:

Cuyo punto principal de inserción es el rafe anococcígeo, constituido por el infundíbulo o carena de los elevadores y el transverso profundo del periné.

a) *La carena de los elevadores del ano:*

Está formado por un embudo musculomenbranoso suspendido del estrecho medio; es cóncavo hacia arriba y abierto en sentido anteroposterior por un ojal que da paso a la uretra, la vejiga y el recto. Esta constituido de cada lado por 3 fascículos que parten del rafe anococcígeo del periné posterior y transcurren entre la aponeurosis perineal media y profunda.

- Fascículo anterior o pubiano: se extiende hasta la cara posterior del pubis formando una cincha en torno de la vagina a nivel del himen y que pueda percibirse por el tacto.
- Fascículo medio o iliaco: que se extiende en abanico hacia la aponeurosis del obturador.

- Fascículo posterior o isquiático: que se dirige en forma transversal del rafe anococcígeo hacia el isquion.

b) Transverso profundo del periné o musculo de Guthrie:

Parte transversalmente de la rama isquiopubiana y se inserta en la línea media y en los costados de la vagina; está separado por la aponeurosis media del musculo transverso superficial, al cual refuerza.

c) musculo de Wilson:

Situado entre la uretra y las ramas isquiopubianas, actúa como anclaje anterior de la cincha precoccígea. (6)

B. Plano Superficial:

Tiene su punto de inserción en el rafe anovulvar o tendón medio del periné, el que está unido funcionalmente al rafe anococcígeo por el anillo muscular del esfínter externo del no. Estos rafe integran una unidad funcional anoperineovulvar, anclada de un lado al cóccix y por otro lado al pubis reforzada por el musculo de Wilson y los músculos transversos del periné.

El plano superficial constituye, junto con los rafe, una verdadera cincha que contribuye al anclaje de la vagina y es distendida durante el parto. Está formado por 3 músculos principales de cada lado y un musculo accesorio isquiocavernoso.

a) Musculo bulbocavernoso o constrictor de la vulva y la vagina:

Se inserta en el rafe anovulvar y rodea la vagina para terminar en la cara dorsal del clítoris.

b) Esfínter externo del ano:

Se inserta en los rafe anococcígeo y anovulvar, sus fibras se entrecruzan con las del lado opuesto y forman un anillo muscular en la desembocadura del recto. Otorga la unidad funcional al periné al conectar ambos rafe.

c) Transverso superficial del periné:

Se inserta por un lado en el rafe anovulvar del periné anterior y por otro en la tuberosidad isquiática. Esta reforzado, como dijimos por el transverso profundo del periné.

d) Musculo isquiocavernoso:

Nace en la cara interna del isquion y termina en el cuero del clítoris. No tiene función importante en el parto. (5)

2.3. HISTORIA Y EVOLUCIÓN DE LA EPISIOTOMÍA

El origen de la episiotomía es difícil de determinar. Aun siendo así, ya en 1741 un informe mencionaba la primera incisión del periné para prevenir desgarró perineal severo. Fue descrito por el científico obstetra irlandés, Sir Fielding Out. Éste, recomendó su procedimiento para aquellos casos en los cuales la abertura vaginal externa era tan estrecha que el parto se prolongaba peligrosamente.

A nivel mundial, durante la primera mitad del siglo XX, los índices de episiotomías aumentaron de manera sustancial, junto con una mayor tendencia de partos en centros hospitalarios e igual participación de los médicos en el proceso de los partos normales sin complicaciones. (8)

Durante la década de 1970, casi todas las mujeres primíparas de los países desarrollados tuvieron episiotomías. La episiotomía fue libremente realizada hasta

finales de 1980, con la convicción de que evitaba el excesivo daño perineal y la relajación del suelo pélvico en etapas más avanzadas de la vida.

A pesar de dicha libre ejecución, ya desde los años 1970, su uso rutinario ha sido cuestionado y desde mediados de los 80, la episiotomía fue sometida a ensayos clínicos para tratar de establecer una evidencia de base para apoyar o refutar su uso. Dichos estudios encontraron que el uso de la episiotomía rutinaria en comparación con la restrictiva se asociaba con un mayor riesgo de lesiones del esfínter anal y lesiones rectales.

Fue, a partir de entonces, cuando la supuesta efectividad de la episiotomía ha sido revisada críticamente. (9)

Así se observa cómo la episiotomía se convirtió en una práctica habitual durante la mayor parte del siglo XX, antes de tener estudios científicos sólidos sobre su efectividad. De hecho, representa la única práctica obstétrica que se convirtió en una parte del repertorio de intervenciones del parto en función de su teórico valor más que en algún valor demostrado y se ha mantenido una práctica convencional a pesar de una fuerte evidencia empírica que no apoyaba su uso. (10)

Los ensayos siguieron realizándose en los 90, incluyendo poblaciones más grandes y más variadas con resultados similares. También los investigadores comenzaron a evaluar los efectos secundarios a largo plazo como el dolor persistente, defectos del suelo pélvico, la continencia urinaria y rectal y la satisfacción sexual.

Debido a estos resultados, se determinó la adopción de una política de uso selectivo y no rutinario de la misma. (9)

A pesar de décadas de investigación que desaconsejan el uso rutinario, se ha desarrollado poco consenso profesional al respecto y existe gran variabilidad en su

práctica, motivada por las normas profesionales locales, las experiencias en la formación y las preferencias profesionales individuales en lugar de la valoración de las necesidades de cada mujer en el momento del parto. (10)

2.4. PREVALENCIA E INCIDENCIA

A nivel mundial, los índices informados de su práctica son de un 62,5% en EE.UU, 30% en Europa y una mayor proporción en América Latina; En EE.UU, es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes; del 30 % al 35 % de los partos vaginales incluyen episiotomía. Sin embargo, dichas tasas han disminuido desde un 60, 9% en 1979 a un 24,5% en 2004.

En Reino Unido, durante la mitad del siglo XX, la episiotomía era una práctica muy común, cuyas tasas ascendían a un 96% entre las nulíparas y un 71% entre las multíparas. Mientras que en el Norte y Europa Occidental la incidencia varían entre 9,7% en Suecia y un 87,3% en España. (10)

La tasa media de episiotomía en Hispanoamérica es de 92,3%; esto quiere decir que en más de 9 de cada 10 mujeres se realiza una episiotomía. Encontramos tasas de un 62% en México, de un 85,7% en Panamá y Argentina, de un 94,4% en Perú. Hay autores que afirman que más de un 30% es una utilización excesiva de la técnica.

Pero a pesar de ello, se está convirtiendo en una técnica del pasado, como resultado de los nuevos conocimientos sobre los efectos secundarios de episiotomías. Y con ello la incidencia ha disminuido en muchos países en todo el mundo. (5)

Como directriz a seguir sobre la tasa óptima de episiotomía, un estudio ha sugerido que tiene que ser menor del 5% para un parto vaginal normal y una tasa menor del 6% en el caso de parto vaginal instrumental.

Del mismo modo, la Agencia para la Investigación y Calidad de la asistencia sanitaria sugiere que una tasa de episiotomía para partos vaginales espontáneos debe ser menor al 15%.

Todos estos hechos, de acuerdo a las estadísticas del Servicio Nacional de Salud de Maternidad de 2010-2011, han llevado a una disminución de alrededor del 15% de las tasas de episiotomía. (10)

2.5. EPISIOTOMÍA

Etimológicamente, la palabra episiotomía, deriva de las raíces griegas “episeion” que significa pubis y “tomi” que significa cortar. También llamada Colpoperineotomía. Es la intervención más frecuente en la obstetricia actual. La palabra “episiotomía” significa incisión en los genitales externos. La operación a la que se refiere este término, sin embargo, es de hecho una perineotomía, o sea, una incisión del periné. (11)

Esta intervención consiste en la incisión que se realiza en el periné materno, intentando controlar la distensión excesiva de los músculos perineales y los tejidos de la parte posterior de la vulva creando así espacio suficiente para el pasaje del polo de presentación fetal durante la última parte del periodo expulsivo del parto, evitando la excesiva compresión al feto y previniendo complicaciones perineales. (12)

2.5.1. TIPOS DE EPISIOTOMÍA

Existen 3 tipos de episiotomía, al realizar estas incisiones se comprometen la piel, el tejido celular subcutáneo, los músculos bulboesponjoso y el perineal transversal. Además existe posibilidad de dañar el nervio pudendo. (8)

A. Episiotomía central o media:

Consiste en practicar la incisión en línea recta del rafe perineal desde la horquilla vulvar hasta 2 a 3 cm por encima del esfínter anal. Este tipo de episiotomía tiene como ventaja que es menos sangrante, de fácil reparación quirúrgica ya que no obliga a seccionar grandes masas musculares, la cicatrización es buena, el dolor postoperatorio es mínimo y tienen buen resultado estético y la dispareunia es rara. Tiene la desventaja de que no se puede ampliar y si se produce un desgarro puede comprometer el esfínter anal, el plexo hemorroidal o la propia mucosa anorectal pudiendo ocasionar complicaciones posteriores, por lo que no se recomienda, especialmente en los servicios obstétricos con personal profesional de entrenamiento. (12,6)

Los elementos que se seccionan son: Piel, Tcs, Mucosa vaginal y Rafe medio anovulvar. (11)

B. Episiotomía medio lateral:

Parte desde la horquilla vulvar dirigiéndose en forma oblicua en ángulo de 45° hacia el isquion alejada del recto, en una longitud de 4 a 5 cm. Puede ser derecha o izquierda y secciona algunos ases del musculo elevador del ano. En comparación con la episiotomía de la línea media esta sangra más, su reparación quirúrgica es más compleja por lo tanto demora más al comprometer masas musculares, produce mayor dolor durante el puerperio y el resultado estético depende de una buena sutura .Su mayor ventaja es que de prolongarse está exenta de complicaciones importantes. (14,6)

Los elementos que se seccionan son: Piel, Tcs, Mucosa vaginal, Musculo bulbocavernoso, Musculo transverso profundo del periné, Musculo transverso superficial del periné y Haces pubianos del elevador del ano. (7)

C. **Episiotomía lateral:**

Es una variante de la anterior, la sección se realiza en ángulo a más de 45°, comienza en el introito vaginal y se extiende hacia la tuberosidad isquiática. En ocasiones se podría efectuar el corte hacia los dos lados. Este tipo de episiotomía no la aconsejamos ya que implica seccionar completamente el bulbo cavernoso, de por sí más sangrante, y así mismo porque suele dejar una cicatriz antiestética y muy dolorosa. (13,8)

Los elementos que se seccionan son: Piel, Tcs, Mucosa vaginal, Musculo bulbocavernoso completo., Algunas veces el transverso profundo. (11)

2.5.2. *INDICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA*

Se indica una episiotomía para evitar desgarros cuyos trazos de extensión serán siempre imprevisibles denominándola episiotomía profiláctica. Se indica en los siguientes casos.

Para la madre:

- Cuando la vagina, la vulva, y el periné son poco elásticos o atrésicos: primíparas (especialmente añosas).
- Cuando el periné tiene rigidez cicatrizal.
- Cuando es necesario acortar el periodo expulsivo por alguna complicación materna.

- Cuando se aplica anestesia peridural debido a la relajación que sufre la paciente y por la poca colaboración con el trabajo de parto.
- Prolongación del periodo expulsivo.
- Pérdida de sangre excesiva durante la segunda etapa del expulsivo.(12)

Para el feto:

- Cuando el feto es excesivamente voluminoso.
- Cuando el feto es prematuro pero viable a fin de evitar que la prolongación del periodo expulsivo perjudique la esfera encefálica fetal.
- Cuando se trata de una presentación pelviana.
- Cuando es necesario acortar en cierta forma el periodo expulsivo cuando hay alguna complicación como sufrimiento. (7)

2.5.3. VENTAJAS DE LA EPISIOTOMÍA

Las ventajas que proporciona la episiotomía han sido cuestionadas por muchos pacientes e investigadores. Por lo que hay algunos beneficios citados habitualmente pero no probados. El empleo oportuno de esta intervención ha reducido en cierta manera las complicaciones de no realizarla. (7)

Para la madre:

- Prevención de relajamientos pelvianos y la aparición ulterior de cistocelos y rectocelos.
- Esta maniobra también aumenta la luz del canal en el momento del parto.
- Facilita el proceso de cicatrización en comparación con la cicatrización de un desgarro
- Se protege el esfínter anal y a la pared del recto.

- Minimiza el trauma del piso pélvico.
- Evitar los desgarros.
- Disminuye el tiempo del periodo expulsivo. (14,7)

Para el feto:

- Evita el sufrimiento fetal como la hipoxia del feto. (8)

2.5.4. DESVENTAJAS DE LA EPISIOTOMÍA

En cuanto a los riesgos propiamente dichos se tiene conocimiento que dependen de la atención que se tenga en el parto, la posición, el tipo de pujo, el material de sutura, el método de sutura, el tipo de episiotomía, la habilidad práctica y la experiencia del personal de salud que realiza la intervención; todas estos factores tienen una incidencia directa sobre la prevalencia y el grado de daño perineal durante el parto y sobre posibles efectos negativos. (15)

Para la madre:

- Dolor en la región perineal.
- Aumento de pérdida sanguínea.
- Resultados anatómicos insatisfactorios.
- Extensión de la episiotomía.
- Posibles complicaciones postparto.
- Mayor tiempo en sala de partos para la respectiva reparación quirúrgica.
- Afectación del bienestar físico, psíquico y social de la mujer.

Para el feto:

- a) No se han reportado ninguna desventaja para el feto. (14)

2.5.5. *MOMENTO DE LA EPISIOTOMÍA*

Es importante puntualizar que la episiotomía no debe considerarse de realización obligatoria en todos los partos. En muchos casos apropiados se puede evitar con una expulsión bien controlada de la cabeza en un parto eutócico. Al objeto de producir el menor trauma posible y la mayor facilidad de reparación, la episiotomía debe realizarse en el momento adecuado, esto es, cuando la presentación distiende la vulva. La expulsión incontrolada de la cabeza produce sin embargo desgarros vaginales, vulvares y perineales, a pesar de la realización previa de una episiotomía. (11)

El personal que realice la episiotomía debe tener conocimientos en la técnica así como en reconocer los diferentes planos de sutura; también deberá organizar su bandeja instrumental que contendrá equipo estéril para episiotomía y sutura (tijeras, porta agujas, pinzas de disección, compresas de gasa, material de anestesia, catgut). (12)

2.5.6. *TÉCNICA DE LA EPISIOTOMÍA*

- a) Informe al paciente en qué consiste el procedimiento que se va a realizar.
- b) Realice un breve examen clínico del periné. (periné corto, si es distensible, si existen varices o condiloma acumulado, etc.)
- c) Prepare una jeringa estéril con lidocaína al 1 o 2%.
- d) Proteja la cabeza fetal del riesgo de inyectar la anestesia en la misma.
- e) Infiltre 5 a 10 ml de anestesia desde la horquilla por todo el trayecto de los tejidos a incidir, tanto el plano superficial como el profundo y la mucosa vaginal adyacente.
- f) Espere de 1 a 2 minutos antes de realizar el corte.
- g) Realice la incisión cuando el introito este adelgazado y en el punto culminante de una contracción.

- h) Inserte los dedos índice y medio entre la cabeza fetal y el introito, hasta alcanzar la pared posterior, de tal manera que sea posible introducir la tijera correctamente en el sitio elegido.
- i) Presione firmemente y proteja el periné con una gasa estéril. (16,5)
- j) Controle la cabeza y los hombros del bebe a medida que se expulsan, asegurándose de que los hombros hayan girado hacia la línea media para prevenir una extensión de la episiotomía.
- k) Examine con cuidado para detectar extensiones y otros desgarros que necesiten ser suturados. (17)

2.5.7. *MOMENTO DE LA EPISIORRAFIA*

La sutura de la episiotomía “episiorrafia” se realiza después de la expulsión del feto y de los anexos, porque en caso de tener que realizar un alumbramiento manual, al introducir la mano puede abrirse la episiorrafia. (7)

Hay muchas técnicas para cerrar una incisión de episiotomía, pero en todos los casos se requiere hemostasia y el restablecimiento quirúrgico sin suturas excesivas son esenciales para el éxito con cualquier método.

El catgut crómico es una sutura comúnmente usada para la episiotomía que demora 2 a 3 semanas para reabsorberse. Los errores se pueden cometer asiendo un reparo apresurado o con mala visualización del área que va ser reparada. (14,18)

Poca luz, sangrado excesivo, o paciente poco colaboradora también puede dificultar la reparación de la episiotomía. Si el área no es correctamente afrontada o si incluso los puntos son estirados luego; los bordes de la herida pueden no cicatrizar correctamente. (15)

2.5.8. *TÉCNICA DE LA EPISIORRAFIA*

- a) Aplique una solución antiséptica al área alrededor de la episiotomía.
- b) Generalmente no es necesaria la reinfiltración de los tejidos, pero de ser necesario infiltrar anestésico local en la zona de la episiotomía.
- c) Afrontar tejidos iguales de ambos lados de la incisión, es decir, mucosa con mucosa vaginal y piel con piel del periné.
- d) Cierre la mucosa vaginal con una sutura continua, comience la reparación cerca de 1cm por encima del ápice (parte superior) de la episiotomía, continúe hasta el nivel de la abertura vaginal.
- e) Cierre el musculo perineal utilizando suturas interrumpidas.
- f) Cierre la piel utilizando suturas interrumpidas o subcuticulares.
- g) Una rigurosa antisepsia de la región durante los días garantizara el éxito de la sutura. (17,5)

Algunos profesionales prefieren no cerrar la piel con puntos pensando que provocan edema y dolor postoperatorio. Simplemente acerca los bordes de la piel brevemente con pinzas de Allis y aplicar en seguida una compresa con hielo en el perineo para reducir al mínimo la trasudación de líquido. (14)

2.5.9. *COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA*

A. Hematoma perineal:

Mayoritariamente relacionadas con el desgarro de las episiotomías medio laterales. Suelen aparecer tempranamente y se acompañan de dolor intenso en el periné y una masa subyacente que crece a gran velocidad. Si el hematoma pone en riesgo la sutura, debe drenarse lo antes posible. (19).

B. Desgarro perineal por extensión:

Son el incremento de la prolongación del corte tanto en los extremos como en la profundidad del mismo, pero continuando la misma dirección de la línea de la episiotomía.

Están relacionados con la realización de la episiotomía media ya que de producirse afectan el esfínter externo anal y ocasionalmente al recto. Cuando el desgarro por extensión ocurre en una episiotomía mediolateral, afecta más en profundidad y pueden afectar al músculo elevador, esto requiere una restructuración del mismo muy meticolosa. (17)

C. Dolor post parto en el periné:

Cabe mencionar la relación que tiene con el dolor el tipo de sutura utilizado en la reparación de la episiotomía. La sutura discontinua, la más utilizada en nuestro medio, se ha asociado con mayores niveles de dolor que la continua, se relaciona además con mayor edema del tejido perineal, lo que al aumentar la presión de la zona favorece la sensación dolorosa. (18)

D. Infección:

Se define como la invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos corporales. Suele aparecer a las 48 a 72 horas siguientes. Normalmente comienza con una celulitis con mucha sintomatología y avanza hacia la formación de abscesos, que precisan drenaje.

E. Dehiscencia:

Se define como la abertura de la herida, separación de las capas de una herida quirúrgica. Normalmente ocurre por excesiva tensión interna o tras la infección y precisa reparar la episiotomía. (19)

F. Fibrosis:

Es la formación excesiva de tejido conectivo fibroso. Se dan con más frecuencia con las episiotomías mediolaterales, en especial con las que sufren prolongaciones y cuando el material de sutura es demasiado o inadecuado. Ocasionalmente produce dispareunia.

G. Endometriosis en la cicatriz:

Obliga a intervenir quirúrgicamente la cicatriz y volver a repararla. Provoca molestias a la mujer en su vida cotidiana; dolor al sentarse, en las relaciones sexuales. Se debe a que el tejido del endometrio queda atrapado en el corte de la episiotomía tras la salida de la placenta. Si no se realiza bien el lavado de la herida antes de cerrarla, estas células se pueden implantar provocando este trastorno. (15)

H. Dispareunia:

Se produce como consecuencia de la dehiscencia y la infección de la episiorrafia, al igual que la estrechez del introito vaginal como consecuencia de una mala práctica en la sutura de la episiotomía. (6)

2.4.10. CUIDADOS POSTERIORES DE LA EPISIOTOMÍA

- Pídale al personal que le apliquen compresas frías inmediatamente después del nacimiento. Utilizar compresas de hielo en las primeras 24 horas después del nacimiento disminuye la inflamación y ayuda con el dolor.
- Se recomienda la ambulación tan pronto sea posible para mejorar el tono y la fuerza de los músculos.
- El perineo se lava con agua tibia y jabón dos o tres veces al día.
- Lavar también el perineo después de cada micción o defecación.

- Las duchas vaginales están prohibidas durante el puerperio temprano para evitar el riesgo de infección.
- Verifique que la bañera se limpie con un desinfectante antes de cada baño
- Secar cuidadosamente con una toalla limpia y a toques
- Si el dolor de la sutura es muy incómodo puede tomar un analgésico.
- Mantenga el área alrededor de los puntos de sutura limpia y seca.
- No usar tampones.
- No tener relaciones sexuales los siguientes 45 días postparto.
- Evite el estreñimiento consumiendo alimentos ricos en fibra.
- Cambie la toalla higiénica cada 3 a 4 horas.
- Si el dolor empeora, si pasa cuatro o más días sin tener una deposición, si usted expulsa coágulos de sangre más grandes que una nuez, si tiene flujo con mal olor, si la herida parece abrirse; comuníquese con su médico. (20)

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

A. AUTOR: LABANDEIRA LÓPEZ P; GÓMEZ ORTIZ C; NÚÑEZ VIVAS M;
MENGIBAR CARILLO A; VALLECILLOS ZUYA S.

TÍTULO: Grado de conocimientos sobre cuidados maternos en el puerperio

FUENTE: Revista Matronas – cv- Org. (2012) (21)

RESUMEN:

Objetivo: Identificar el grado de conocimientos de las puérperas sobre su autocuidado ya que en esta etapa ocurren en la mujer numerosos cambios fisiológicos que necesitan de conocimientos así como de los signos de alarma, para los que no siempre encuentran una respuesta satisfactoria.

Materiales y métodos: Es un estudio descriptivo observacional transversal sobre 74 puérperas de los Centros de Salud del Área Sanitaria “Mancha Centro”. La información se obtiene mediante un cuestionario de elaboración propia, formado por variables sociodemográficas, obstétricas y seis ítems sobre cuidados maternos en el puerperio domiciliario.

Resultados: Los sujetos estudiados presentaron una edad media 31.3 años, 13.8% fueron inmigrantes y 52.7% primíparas. El 74.3% asistieron a clases de Educación Maternal, un 52.7% participaron en la clase de cambios fisiológicos en el puerperio y un 44.6% en la clase de signos de alarma posparto.

Las mujeres respondieron incorrectamente el 63.5% sobre el sangrado posparto, 54,1% sobre cura de episiotomía, 51.4% sobre reinicio de la actividad sexual, 36.5% sobre características de los loquios y un 16.2% sobre la caída de los puntos. El promedio de respuestas correctas fue 3.14 que se asocia estadísticamente la asistencia de Educación Maternal con un mayor número de respuestas correctas.

Conclusiones: El promedio de respuestas correctas es bastante deficiente, destacando especialmente la falta de conocimiento sobre anticoncepción y reinicio de la actividad sexual, sangrado posparto y cuidado de la episiotomía, a pesar de ello las mujeres que participaron en la educación maternal presentan un mayor grado de conocimiento.

B. AUTOR: PONCE CAPITÁN M.A.

TÍTULO: Conocimientos de las púerperas sobre autocuidados de la episiotomía y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria.

FUENTE: Revista Matronas Profesion. (2005) (22)

RESUMEN:

Objetivo: Conocer qué grado de conocimientos tienen las púerperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta de la unidad de hospitalización posparto.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, en la unidad de posparto del Hospital Universitario «Virgen de Valme» de Sevilla, desde diciembre de 2003 a febrero de 2004. Los individuos del estudio fueron 50 mujeres que, tras parto vaginal sin complicaciones y recién nacido normal, fueron dadas de alta a las 48 horas. Se elaboró un cuestionario ad hoc auto complementado, que recogía los conocimientos percibidos por la púerpera sobre autocuidados y cuidados del recién nacido. Se relacionó el nivel de conocimientos con la paridad y la realización de educación maternal.

Resultados: La tasa de respuesta fue del 100 %. Los resultados obtenidos reflejan que las mujeres consideran que saben cómo cuidar sus necesidades básicas y las

del recién nacido (RN), y los aspectos de los que tienen menor información son los signos que deben vigilar, así como los ejercicios de recuperación posparto. El 82% cree necesaria la información sobre autocuidados y cuidados del recién nacido antes del alta hospitalaria. En cuanto a la necesidad de educación sanitaria el 90.6% de las primíparas afirma que es necesaria antes del alta, frente al 66.7% de las multíparas. Se encontraron diferencias estadísticamente ($p=0,036$) entre los conocimientos que tenían las madres primíparas frente a las multíparas sobre el cuidado de la episiotomía (65,6 frente a 94,4%) y sobre los signos de alarma del RN (43,8 frente al 83,3%).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la educación materna y el nivel de conocimientos; ni el resto de los ítems sobre conocimiento.

Conclusiones: Como conclusión más importante destaca la necesidad de garantizar la educación sanitaria a las mujeres en el puerperio antes del alta hospitalaria.

C. **AUTOR:** CHANG YI WEY

TÍTULO: Acciones de humanización en la asistencia del parto: Experiencia y percepción de un grupo de mujeres en un hospital escolar.

FUENTE: Tesis online, Escuela de enfermería de la Universidad de Sao Paulo, 2009 (23)

RESUMEN:

Objetivo: Explorar las experiencias de las mujeres, usuarias de un hospital universitario que tuvieron como motivo de su hospitalización el parto, comparándola con un parto anterior en un periodo superior a cinco años; fueron

enfocadas intervenciones específicas de la asistencia al proceso del parto en el centro obstétrico: enema, deambulaci3n, alimentaci3n, acompa1antes, contacto piel a piel, tricotomía y episiotomía.

Materiales y métodos: La muestra del estudio estaba compuesta por 35 mujeres que accedieron a participar y estaban dentro de los criterios de inclusi3n establecidos. El investigador busc3 días alternos en la unidad de alojamiento conjunto, los datos fueron recolectados de abril a julio de 2006, a trav3s de entrevistas estructuradas.

Los datos cuantitativos se almacenan en una base de datos en el programa de Sistema de Gesti3n de Base de Datos (Excel) y se trataron mediante los índices de frecuencia y porcentaje absoluto y se presentan en las tablas. El análisis cualitativo de 35 entrevistas y transcritas se hizo despu3s de la lectura minuciosa de su contenido recopilado mediante la edici3n de la narrativa, con la preservaci3n de las diferencias individuales de expresi3n.

Resultados: Los datos obtenidos en relaci3n a las características de las mujeres entrevistadas en cuanto a la edad preponderante fue de 26 a 30 años que dan el 48,6% y en segundo lugar encontramos las edades comprendidas entre 18 a 25 con 17,1%; en el grado de instrucci3n el 51.4% no completo la primaria mientras que el 28,6% culmino la secundaria; la ocupaci3n m3s frecuente fue la de ama de casa con un 40%. El estado civil m3s predominante fue conviviente con 54.3% en cuanto a los antecedentes obst3tricos incluido el parto actual el 28,6% era su segunda experiencia de parto y el 48.6% su tercer parto.

Al comparar la experiencia del parto anterior con la experiencia actual, se realiz3 un cambio significativo, la episiotomía en el parto vaginal ocurri3 en el 72 % de

los casos, y en el escenario actual se aplica a algo más del 15 %.

En cuanto a la opinión de los entrevistados sobre la episiotomía, 24 (68,6%) dijeron que es necesaria para lograr el parto, 5 (14,3%) creen que este procedimiento no es necesario y 6 (17,1%) no sabe cómo posicionamiento.

Conclusiones: Este estudio proporcionó una visión del panorama de la atención del parto se ofrece en HU-USP, donde se insertaron los cambios en las prácticas de atención. Por otra parte, relatos conmovedores de los informantes les permite captar indicios de intrincado universo cultural de la población estudiada. Recordando que la construcción de valores culturales es un proceso en constante cambio. Estas percepciones planteadas representan sólo un breve momento de la prestación de atención.

La consolidación de estas prácticas de atención y la incorporación de otros dará lugar a nuevas formas y creencias, de las cuales las mujeres responderán en ciertas situaciones. Varios aspectos en relación con el proceso del parto todavía valen la pena explorar, así como nuevas prácticas deben ser incorporados en el paseo de humanización de la atención.



CAPÍTULO II

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICA:

Se utilizó una ficha de datos.

1.2. INSTRUMENTOS:

Se empleó un cuestionario que fue debidamente validado para la realización de este estudio.

MATRIZ DE COHERENCIA:

VARIABLES	INDICADOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO
VARIABLE INDEPENDIENTE			
CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS	Edad	Ficha de datos	Cuestionario
	Estado civil		
	Grado de instrucción		
	Ocupación		
	Paridad		
VARIABLE DEPENDIENTE			
NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE EPISIOTOMÍA	<ul style="list-style-type: none">- Concepto de episiotomía- Tipos de episiotomía- Indicaciones para la episiotomía- Ventajas de la episiotomía- Desventajas de la episiotomía- Momento de la episiotomía- Momento de la episiorrafia- Complicaciones de la episiotomía- Cuidados de la episiotomía	Ficha de datos	Cuestionario

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL:

La investigación se realizó en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, de la Red Asistencial MINSA. El área utilizada fue la sala de puerperio inmediato.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL:

El estudio se desarrolló durante el mes de Abril – Mayo 2016.

2.2.1 *Visión temporal:* Prospectiva.

2.2.2 *Corte temporal:* Transversal

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO:

2.3.1. *Población:* Puérperas que acudieron a atención de parto eutócico al Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa durante el periodo de estudio.

a. **Criterios de inclusión**

- ✓ Puérperas inmediatas que tuvieron atención de parto eutócico en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, Abril – Mayo 2016
- ✓ Participación voluntaria en la investigación.

b. **Criterios de exclusión**

- ✓ Datos incompletos en la ficha de encuesta.
- ✓ Puérperas que no firmen el consentimiento informado.
- ✓ Puérperas inmediatas menores de 18 años por no tener la mayoría de edad.

2.3.2. Muestra: Se estudió una muestra representativa cuyo tamaño se calculó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones infinitas o no conocidas,

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de conocimiento adecuado = 0.15

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot (0.15) \cdot (0.85)}{(0.05)^2} = \frac{(3.8416) \cdot (0.15) \cdot (0.85)}{(0.0025)} = 199.92$$

Por tanto: n = 200 casos

Además cumplieron los criterios de selección.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

Se solicitó autorización a la dirección del Hospital Regional Honorio Delgado para la realización del estudio.

Se contactó a las puérperas inmediatas que cumplan los criterios de selección en sala de puerperio.

Se solicitó su participación mediante un consentimiento informado y se explicará el llenado del cuestionario.

Se permaneció a una distancia y un tiempo prudencial para permitir el llenado y la aclaración de dudas.

No se expuso a la puérpera a actos que podrían perjudicar o disminuir su estimación.

La identidad de las participantes se mantuvo de forma anónima.

Una vez culminada la recolección de datos, estos se vaciaron en una base de datos para su posterior procesamiento estadístico.

3.2. RECURSOS:

a. Humanos

- Autoras:

Bachiller: Susan Helen Becerra Machuca

Bachiller: Yoisi del Pilar Cruz Carita

- Asesor:

Mg. Dante Vega Ortiz

b. Físicos

- De escritorio

- Ficha de datos

- Computadora personal con programas de procesamiento de textos y base de datos

c. Económicos

- Autofinanciado

d. Institucionales

Se utilizaron las instalaciones del área de puerperio inmediato del Hospital Regional Honorio Delgado - Arequipa.

3.3. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Se realizó una prueba piloto para la validación de contenido, de constructo y la validez predictiva. Habiendo encontrado mediante la fórmula de alfa de Crombach un resultado de 0.7161 que supera el parámetro necesario de 0,6 lo cual indica que el instrumento es confiable. (anexo 3)

BAREMO DE CALIFICACIÓN

NIVEL DE INFORMACIÓN	PUNTAJE
Bueno	15 – 20
Regular	11 – 15
Deficiente	0 – 10

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1.PLAN DE PROCESAMIENTO

a. Tipo de procesamiento

En el presente trabajo de investigación se optó por un procesamiento mixto (procesamiento electrónico y procesamiento manual).

b. Operaciones de la sistematización

Se realizó un plan de tabulación y un plan de graficación, en el plan de tabulación se utilizó tablas de entrada simple y doble entrada, estos además fueron numéricos y literales; y en el plan de graficación, se utilizaron gráficos de barras.

Los datos registrados en el protocolo de recolección de datos, fueron calificados, tabulados para su análisis e interpretación empleando cuadros y gráficos.

4.2.PLAN DE ANÁLISIS

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas). Para el contraste de la hipótesis se aplicó la prueba de chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%, adicionalmente se realizó gráficos de barra; para el análisis de datos, se empleó también la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.





CAPÍTULO III: RESULTADOS

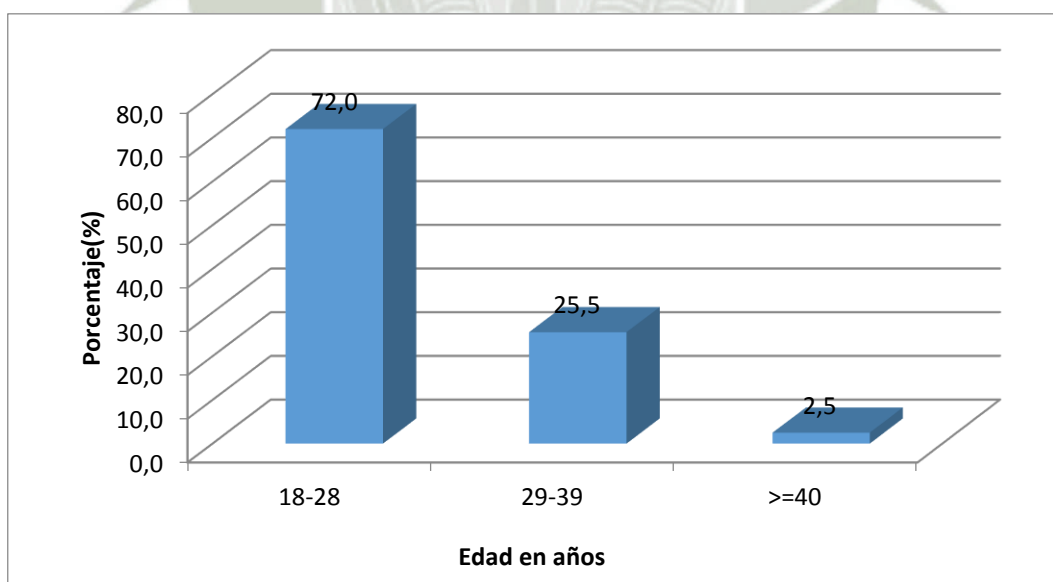
TABLA N°. 1
EDAD DE LAS PUÉRPERAS DE PARTO EUTÓCICO DEL HOSPITAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA

Edad en años	N°.	%
18-28	144	72.0
29-39	51	25.5
>=40	5	2.5
TOTAL	200	100

Fuente: elaboración personal

La Tabla N°. 1 muestra que el 72.0% de las puérperas de parto eutócico del hospital Honorio Delgado Espinoza tuvieron entre 18-28 años, mientras que el 2.5% tenían >=40 años.

GRÁFICO N°. 1
EDAD DE LAS PUÉRPERAS DE PARTO EUTÓCICO DEL HOSPITAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA



Fuente: elaboración personal

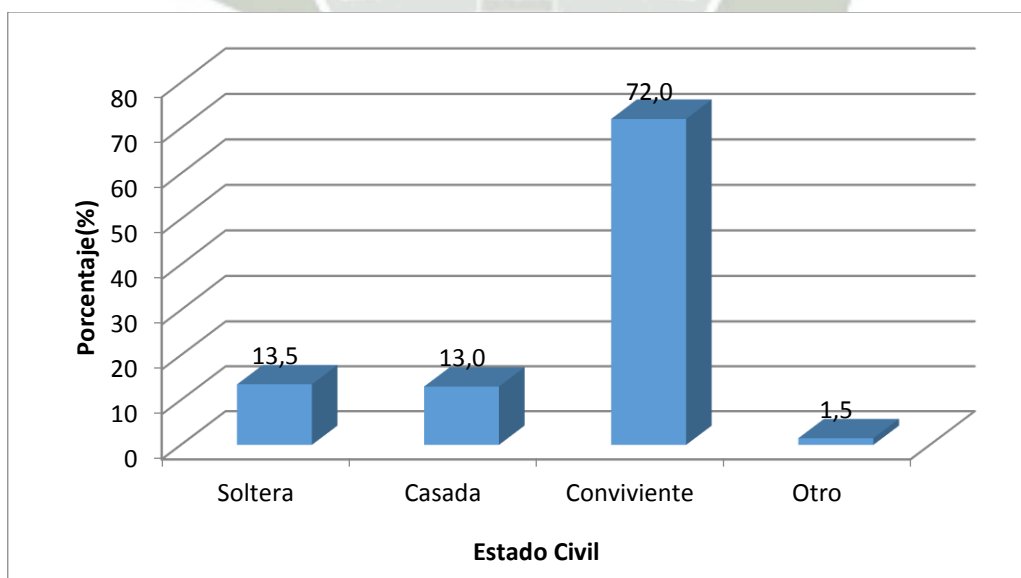
TABLA N°. 2
ESTADO CIVIL DE LAS PUÉRPERAS DE PARTO EUTÓCICO DEL
HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

E. Civil	N°.	%
Soltera	27	13.5
Casada	26	13.0
Conviviente	144	72.0
Otro	3	1.5
TOTAL	200	100

Fuente: elaboración personal

La Tabla N°. 2 muestra que el 72.0% de las puérperas de parto eutócico del hospital Honorio Delgado Espinoza fueron convivientes, mientras que el 13.5% de las puérperas eran solteras.

GRÁFICO N°. 2
ESTADO CIVIL DE LAS PUÉRPERAS DE PARTO EUTÓCICO DEL
HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA



Fuente: elaboración personal

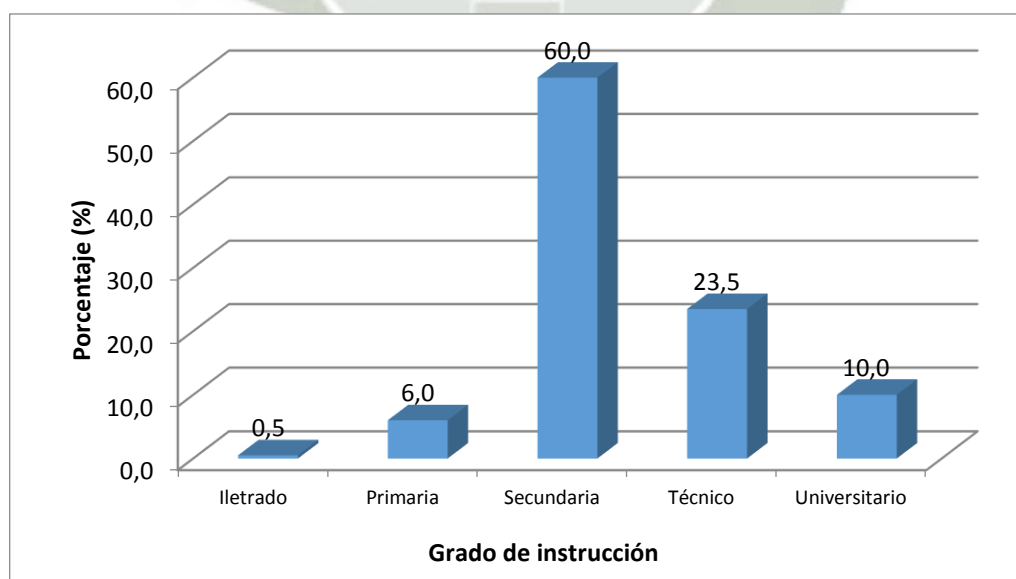
TABLA N°. 3
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS PUÉRPERAS DE PARTO EUTÓCICO
DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

Instrucción	N°.	%
Iletrado	1	0.5
Primaria	12	6.0
Secundaria	120	60.0
Técnico-superior	47	23.5
Superior universitario	20	10.0
TOTAL	200	100

Fuente: elaboración personal

La Tabla N°. 3 muestra que el 60.0% de las puérperas de parto eutócico del hospital Honorio Delgado Espinoza tenían instrucción secundaria, mientras que el 6.0% tuvieron instrucción primaria.

GRÁFICO N°. 3
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS PUÉRPERAS DE PARTO EUTÓCICO
DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA



Fuente: elaboración personal

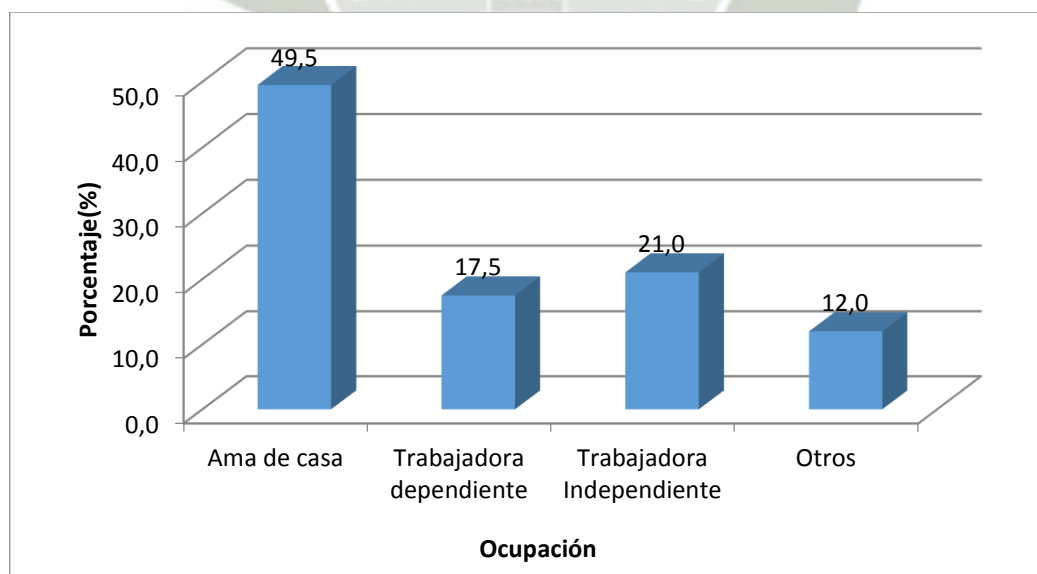
TABLA N°. 4
OCUPACIÓN DE LAS PUÉRPERAS DE PARTO EUTÓCICO DEL HOSPITAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA

Ocupación	N°.	%
Ama de casa	99	49.5
Trabajadora dependiente	35	17.5
Trabajadora Independiente	42	21.0
Otros	24	12.0
TOTAL	200	100

Fuente: elaboración personal

La Tabla N°. 4 muestra que el 49.5% de las puérperas de parto eutócico del hospital Honorio Delgado Espinoza eran amas de casa, mientras que el 21% fueron trabajadoras independientes.

GRÁFICO N°. 4
OCUPACIÓN DE LAS PUÉRPERAS DE PARTO EUTÓCICO DEL HOSPITAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA



Fuente: elaboración personal

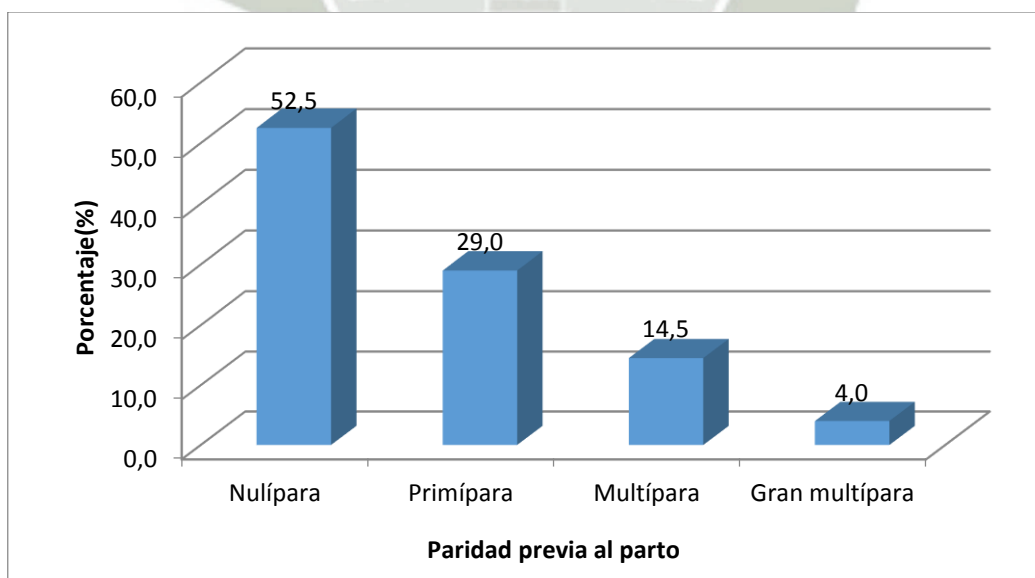
TABLA N°. 5
PARIDAD PREVIA DE LAS PUÉRPERAS DE PARTO EUTÓCICO DEL
HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

Paridad previa al parto	N°.	%
Nulípara	105	52.5
Primípara	58	29.0
Múltipara	29	14.5
Gran múltipara	8	4.0
TOTAL	200	100

Fuente: elaboración personal.

La Tabla N°. 5 muestra que el 52.5% de las puérperas de parto eutócico del hospital Honorio Delgado Espinoza eran nulíparas, mientras que el 4% de las puérperas tuvieron más de 4 hijos.

GRÁFICO N°. 5
PARIDAD PREVIA DE LAS PUÉRPERAS DE PARTO EUTÓCICO DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA



Fuente: elaboración personal

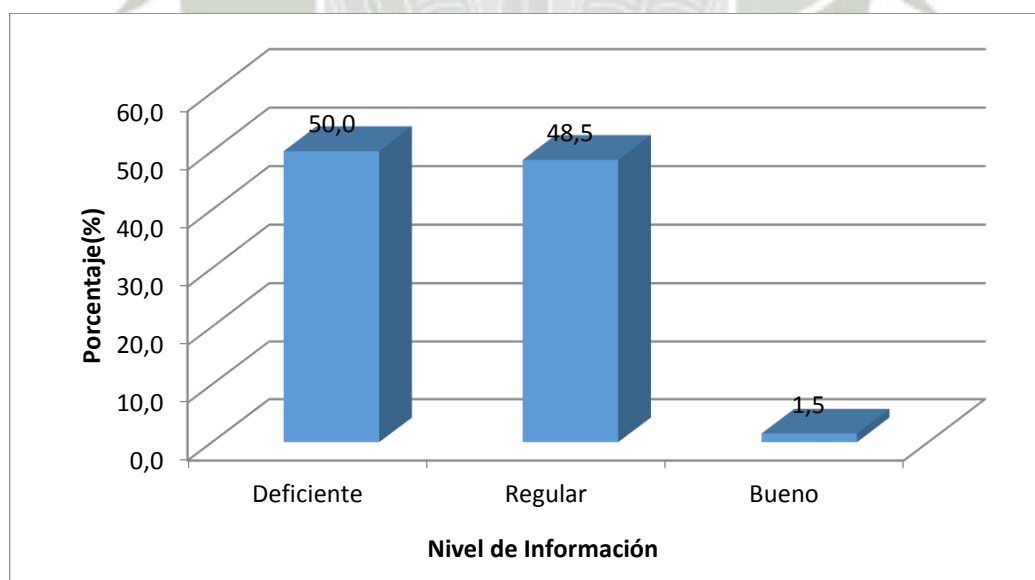
TABLA N°. 6
NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE LA EPISIOTOMÍA EN PUÉRPERAS DE
PARTO EUTÓCICO DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

Información	N°.	%
Deficiente	100	50.0
Regular	97	48.5
Bueno	3	1.5
TOTAL	200	100

Fuente: elaboración personal

La Tabla N°. 6 muestra que el 50.0% de las puérperas de parto eutócico del hospital Honorio Delgado Espinoza tenían un nivel de información deficiente sobre episiotomía, mientras que el 1.5% tenían un nivel de información bueno.

GRÁFICO N°. 6
NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE LA EPISIOTOMÍA EN PUÉRPERAS DE
PARTO EUTÓCICO DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA



Fuente: elaboración personal

TABLA N°. 7
ASOCIACIÓN DE LA EDAD CON EL NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE
EPISIOTOMÍA EN PUÉRPERAS DE PARTO EUTÓCICO DEL HOSPITAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA

Edad	Nivel de Información						TOTAL	
	Deficiente		Regular		Bueno			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
18-28 años	67	33.5	74	37.0	3	1.5	144	72.0
29-39 años	29	14.5	22	11.0	0	0.0	51	25.5
>=40 años	4	2.0	1	0.5	0	0.0	5	2.5
TOTAL	100	50.0	97	48.5	3	1.5	200	100

Fuente: elaboración personal

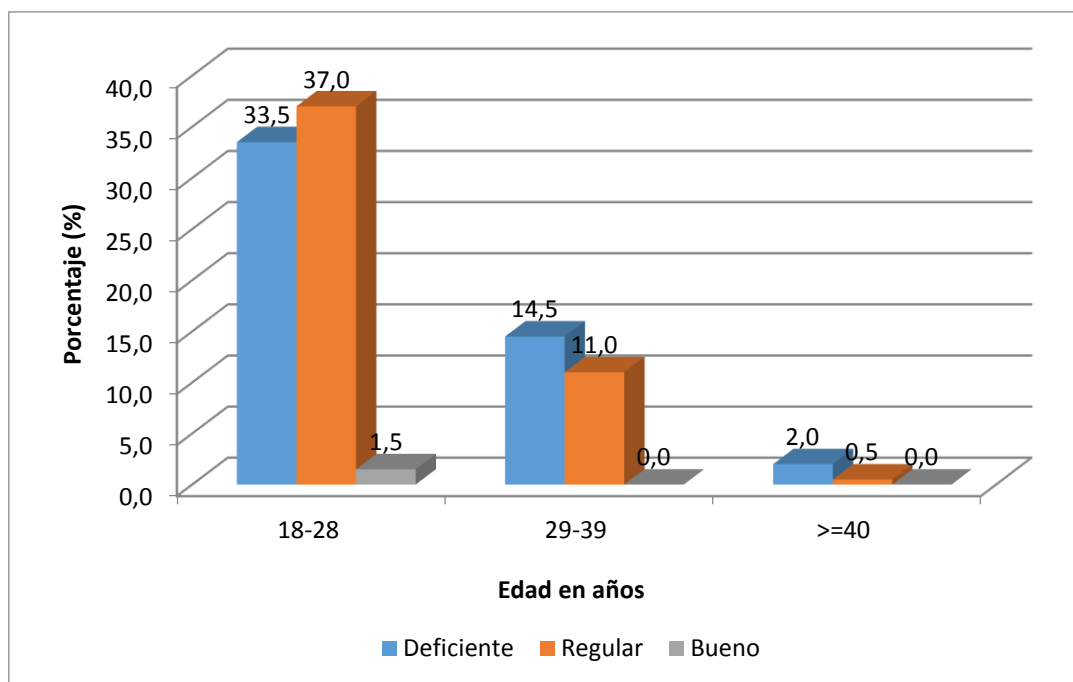
$$X^2=4.28 \quad X_T=9.48 \quad G1=4 \quad P=0.37 \quad P>0.05$$

La tabla N°.7 según la prueba de chi cuadrado se muestra que la edad y el nivel de información no presentó relación estadística significativa.

Asimismo se observa que el 37% de las puérperas con nivel de información regular tienen entre 18-28 años, mientras que el 14,5% de las puérperas con nivel de información deficiente tienen entre 29 y 39 años.

GRÁFICO N°. 7

ASOCIACIÓN DE LA EDAD CON EL NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE EPISIOTOMÍA EN PUÉRPERAS DE PARTO EUTÓCICO DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA



Fuente: elaboración propia

TABLA N°. 8
ASOCIACIÓN DEL ESTADO CIVIL CON EL NIVEL DE INFORMACIÓN
SOBRE EPISIOTOMÍA EN PUÉRPERAS DE PARTO EUTÓCICO DEL
HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

Estado Civil	Nivel de Información						TOTAL	
	Deficiente		Regular		Bueno			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Soltera	14	7.0	12	6.0	1	0.5	27	13.5
Casada	7	3.5	19	9.5	0	0.0	26	13.0
Conviviente	76	38.0	66	33.0	2	1.0	144	72.0
Otro	3	1.5	0	0.0	0	0.0	3	1.5
TOTAL	100	50.0	97	48.5	3	1.5	200	100

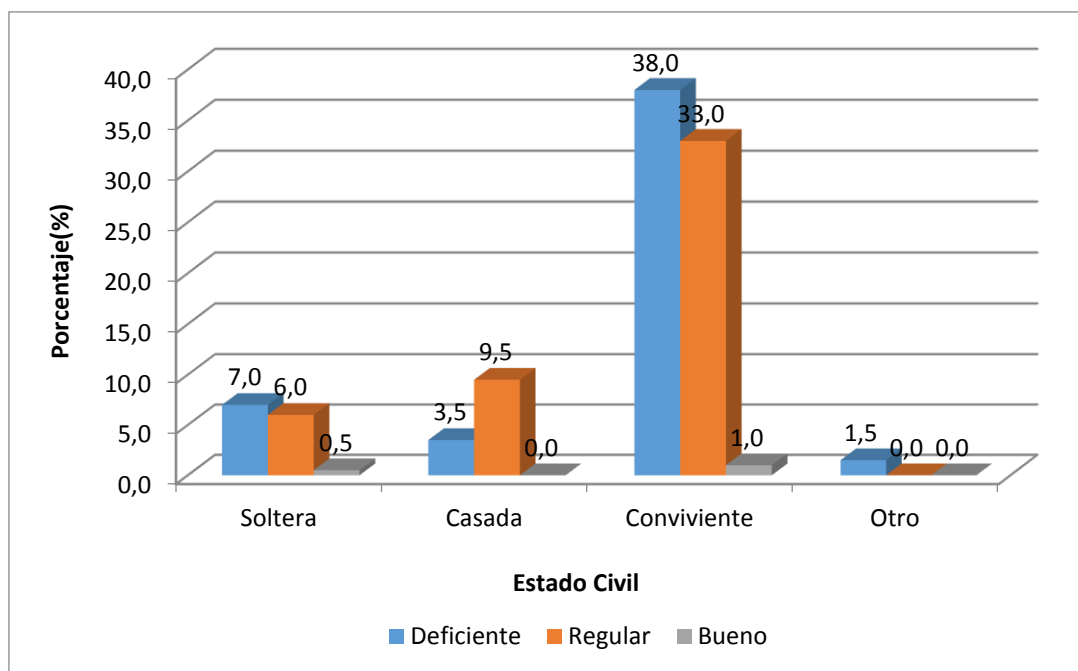
Fuente: elaboración propia

$$X^2=10,82 \quad X_T=12,59 \quad G=6 \quad P=0,09 \quad P>0.05$$

La tabla N°.8 según la prueba de chi cuadrado se muestra que el estado civil y el nivel de información no presentó relación estadística significativa.

Asimismo se observa que el 38% de las puérperas con nivel de información deficiente fueron convivientes, mientras que el 6.0% de las puérperas con nivel de información regular eran solteras.

GRÁFICO N°. 8
ASOCIACIÓN DEL ESTADO CIVIL CON EL NIVEL DE INFORMACIÓN
SOBRE EPISIOTOMÍA EN PUÉRPERAS DE PARTO EUTÓCICO DEL
HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA



Fuente: elaboración propia

TABLA N°. 9
ASOCIACIÓN DEL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL NIVEL DE
INFORMACIÓN SOBRE EPISIOTOMÍA EN PUÉRPERAS DE PARTO
EUTÓCICO DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

Grado de Instrucción	Nivel de Información						TOTAL	
	Deficiente		Regular		Bueno			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Iletrado	0	0.0	1	0.5	0	0.0	1	0.5
Primaria	10	5.0	2	1.0	0	0.0	12	6.0
Secundaria	71	35.5	46	23.0	3	1.5	120	60.0
Técnico-superior	12	6.0	35	17.5	0	0.0	47	23.5
Superior universitario	7	3.5	13	6.5	0	0.0	20	10.0
TOTAL	100	50.0	97	48.5	3	1.5	200	100

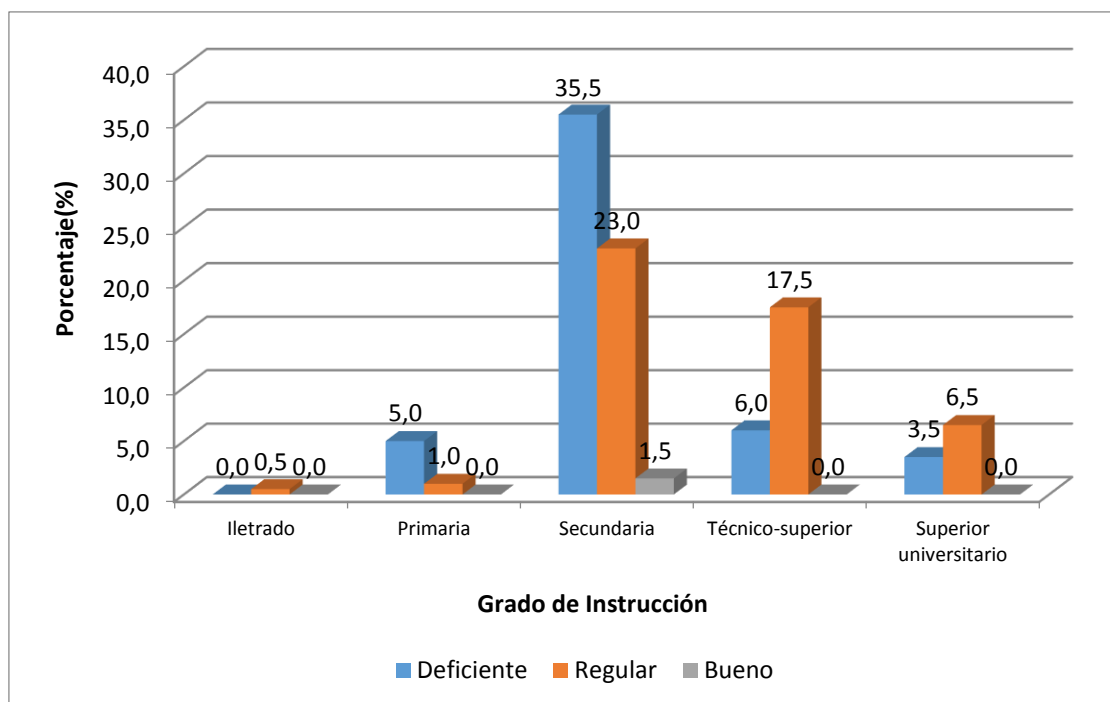
Fuente: elaboración propia

$$X^2=26,98 \quad X_T=15,50 \quad G1=8 \quad P=0,00 \quad P<0.05$$

La tabla N°.9 según la prueba de chi cuadrado se muestra que el grado de instrucción y el nivel de información si presentó relación estadística significativa. Así mismo el coeficiente de correlación de tau-b de Kendall (t)=0.27 nos muestra que la fuerza entre ambas variables es moderada.

Se observa que de las mujeres con nivel de instrucción secundaria 35,5% tuvieron un nivel de información deficiente, mientras que las mujeres con nivel de instrucción técnica superior 17,5% tenían un nivel de información regular.

GRÁFICO N°. 9
ASOCIACIÓN DEL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL NIVEL DE
INFORMACIÓN SOBRE EPISIOTOMÍA EN PUÉRPERAS DE PARTO
EUTÓCICO DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA



Fuente: elaboración propia

TABLA N°. 10
ASOCIACIÓN DE LA OCUPACIÓN CON EL NIVEL DE INFORMACIÓN
SOBRE EPISIOTOMÍA EN PUÉRPERAS DE PARTO EUTÓCICO DEL
HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

Ocupación	Nivel de Información						TOTAL	
	Deficiente		Regular		Bueno			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Ama de casa	52	26.0	45	22.5	2	1.0	99	49.5
Trabajadora dependiente	18	9.0	17	8.5	0	0.0	35	17.5
Trabajadora Independiente	20	10.0	22	11.0	0	0.0	42	21.0
Otros	10	5.0	13	6.5	1	0.5	24	12.0
TOTAL	100	50.0	97	48.5	3	1.5	200	100

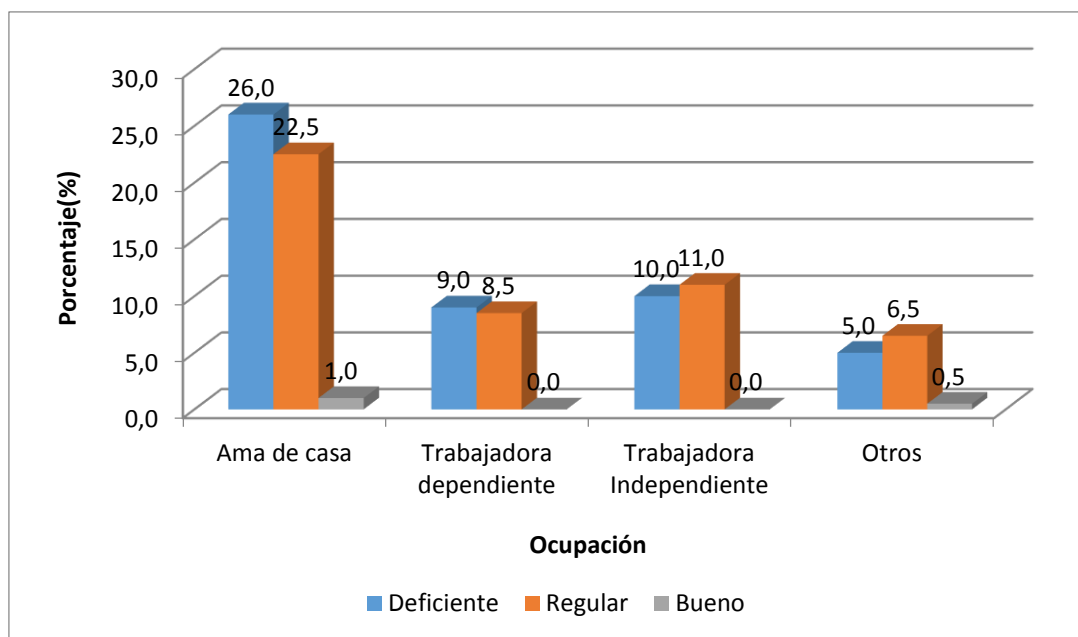
Fuente: elaboración propia

$$X^2=3,47 \quad X_T=12,59 \quad G=6 \quad P=0,75 \quad P>0.05$$

La tabla N°.10 según la prueba de chi cuadrado se muestra que la ocupación y el nivel de información no presentó relación estadística significativa.

Asimismo se observa que el 26% de las puérperas con nivel de información deficiente fueron amas de casa, mientras que el 11% de las puérperas con nivel de información regular eran trabajadoras independientes.

GRÁFICO N°. 10
ASOCIACIÓN DE LA OCUPACIÓN CON EL NIVEL DE INFORMACIÓN
SOBRE EPISIOTOMÍA EN PUÉRPERAS DE PARTO EUTÓCICO DEL
HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA



Fuente: elaboración propia

TABLA N°. 11
ASOCIACIÓN DE LA PARIDAD PREVIA AL PARTO Y EL NIVEL DE
INFORMACIÓN SOBRE LA EPISIOTOMÍA EN PUÉRPERAS DE PARTO
EUTÓCICO DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

Paridad previa al parto	Nivel de Información						TOTAL	
	Deficiente		Regular		Bueno			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Nulípara	53	26.5	51	25.5	1	0.5	105	52.5
Primípara	23	11.5	33	16.5	2	1.0	58	29.0
Múltipara	22	11.0	7	3.5	0	0.0	29	14.5
Gran múltipara	4	2.0	4	2.0	0	0.0	8	4.0
TOTAL	100	50.0	97	48.5	3	1.5	200	100

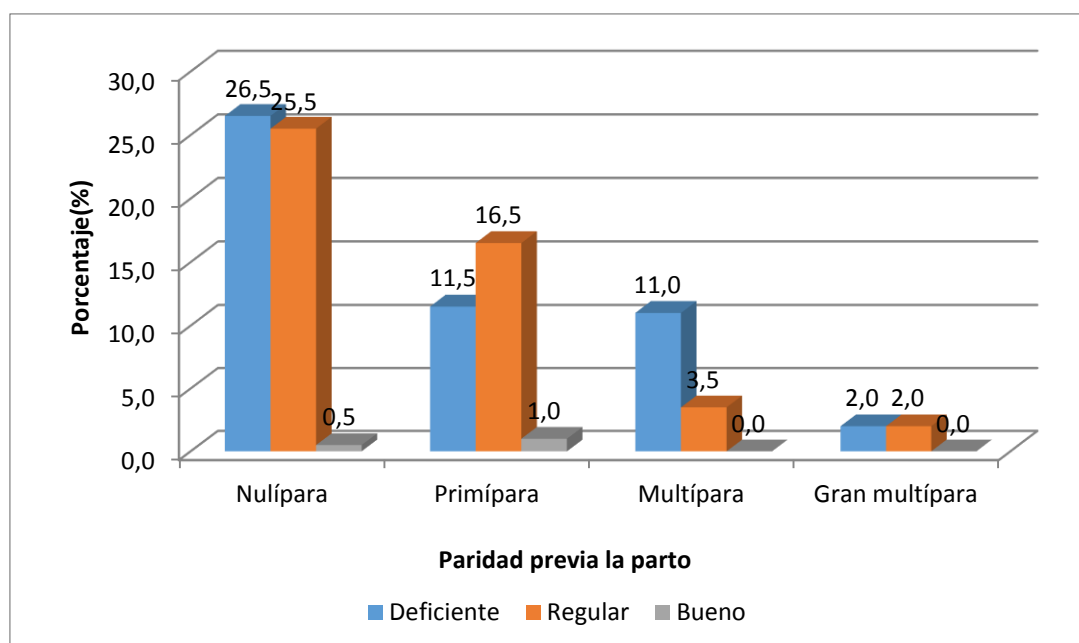
Fuente: elaboración propia

$$X^2=11,66 \quad X_T=12,59 \quad G=6 \quad P=0,06 \quad P>0.05$$

La tabla N°.11 según la prueba de chi cuadrado se muestra que la paridad y el nivel de información no presentó relación estadística significativa.

Asimismo se observa que el 26.5% de las puérperas con nivel de información deficiente eran nulíparas, mientras que el 16.5% de las puérperas con nivel de información regular fueron primíparas.

GRÁFICO N°. 11
ASOCIACIÓN DE LA PARIDAD PREVIA AL PARTO Y EL NIVEL DE
INFORMACIÓN SOBRE LA EPISIOTOMÍA EN PUÉRPERAS DE PARTO
EUTÓCICO DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA



Fuente: elaboración propia

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio buscó determinar el nivel de información sobre la episiotomía en púerperas que acudieron para atención de parto eutócico al Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2016, y cómo se asocia este nivel de información con las características sociodemográficas de dichas púerperas. Para la realización del estudio se aplicó un cuestionario de conocimientos previamente validado a una muestra de 200 púerperas inmediatas durante el mes de Abril y Mayo del 2016.

Durante esta investigación las púerperas mostraron gran interés por lo que en su mayoría solicitaron ser informadas a profundidad sobre todo lo referente a la práctica de la episiotomía. Cabe mencionar que en algunas ocasiones se encontró cierta dificultad con el personal de enfermería para lograr aplicar dicho cuestionario mientras que el personal médico, obstétrico y técnico siempre brindó su apoyo y colaboración para nuestra investigación.

En relación a las características sociodemográficas encontramos que la edad de las púerperas sujetas a estudio varío entre 18 a 40 años con un predominio de mujeres que están en el rango de 18 a 28 años con 72,0% (**Tabla y Gráfico 1**), para el estudio de Yi Way la edad preponderante de las participantes fue de 26 a 30 años que dan el 48,6% y en segundo lugar encontramos las edades comprendidas entre 18 a 25 con 17,1%; si comparamos ambos estudios en cuanto a los rangos de edad predominantes nos daremos cuenta que no difiere en mucho el uno del otro

En cuanto al estado civil el estudio de Yi Wey muestra que el 54,3% eran convivientes y el 37,1% casadas mientras que en nuestro estudio el estado civil más frecuente al igual

que Yi fue de convivientes con el 72,0% seguido de las solteras con el 13,5% (**Tabla y Gráfico 2**); si hablamos del Nivel de instrucción hallamos que para Ponce MA un poco más de la mitad de su población (54,0%) tubo estudios primarios en cambio para nuestra investigación el Nivel de instrucción preponderante fue el nivel secundario con un 60,0% (**Tabla y Gráfico 3**)

La ocupación más frecuente de las encuestadas tanto para Yi Wey como para nosotros fue la de amas de casa con un 40,0% y 49.5%, respectivamente, de los oficios remunerados en nuestra investigación el 21% son trabajadoras independientes y el 17.5% son trabajadoras dependientes como se muestra en la **Tabla y Gráfico 4**.

Si hablamos de la paridad previa al parto de las estudiadas hallamos que el 52.5% de las púérperas con parto eutócico del hospital Honorio Delgado Espinoza fueron nulíparas, por lo que posiblemente no tienen experiencia o información previa de la episiotomía (**Tabla y grafico 5**); en tanto para Ponce MA la población predominante fue de primíparas con 64,0% al igual que para Labandeira P y cols con un 52,7%.

En la **Tabla y Gráfico 6** se muestran el nivel de información sobre la episiotomía de la población en estudio donde el 50.0% tuvieron un nivel de información deficiente, el 48.5% mostraron un nivel de información regular y el 1.5% tienen un nivel de información bueno. Cabe resaltar que los aspectos que se tomaron en cuenta para evaluar el nivel de información fueron concepto, tipos, indicaciones, ventajas, desventajas, momento, complicaciones y cuidados de la episiotomía. Entre tanto el estudio realizado por Labandeira P y cols. (2012) acerca del grado de conocimientos sobre cuidados maternos en el puerperio en 74 púérperas dieron como conclusión que el promedio respuestas correctas era bastante deficiente.

En un estudio realizado por Yi Wey y cols. En Brasil (2009), con un enfoque cuantitativo y cualitativo, entrevistó un grupo de 35 mujeres para indagar las experiencias y percepciones con la práctica de la episiotomía en el parto; de las entrevistadas sobre percepción de la episiotomía, 68,6% dijeron que es necesaria, 14,3% creen que este procedimiento no es necesario y 17,1% no sabe cómo posicionamiento. También se identificaron razones al porqué de la episiotomía atribuyendo que depende del tamaño del feto (41,7%); facilita el parto (29,2%); depende de cada mujer (16,7%); la mujer no queda “abierta” (8,3%), y evita el desgarro (4,2%). En nuestro diseño, que fue cuantitativo, solo evidenciamos una falta de conocimiento acerca de las indicaciones y complicaciones del procedimiento en más de la mitad de mujeres

Al relacionar el nivel de información con las características sociodemográficas de las púerperas, encontramos que tanto la edad, como el estado civil y la ocupación NO muestran relación estadística significativa $P>0.05$; (**tablas y gráficos 7,8 y 10**) sin embargo no por eso son menos importantes.

Ponce MA (2005) en su investigación de conocimientos sobre autocuidados de la episiotomía y cuidados del recién nacido en el que estudio 50 mujeres tras parto vaginal sin complicaciones No encontró diferencia estadística entre la educación maternal y el nivel de conocimientos a diferencia de nosotros que Si encontramos relación ($P<0.05$) entre el grado de instrucción y el nivel de información sobre la episiotomía según la prueba de chi cuadrado donde $P=0,001$ (**Tabla y Gráfico 9**). Asimismo el coeficiente de tau-b (t)=0.27 nos muestra que la fuerza entre ambas variables es moderada.

Finalmente en la **Tabla y Gráfico 11**, se aprecia la relación entre la paridad y el nivel de información sobre la episiotomía. Según la prueba de chi cuadrado ($P=0.06$) se muestra

que la paridad y el nivel de información No presentó relación estadística significativa ($P>0.05$). Sin embargo se observa que el 26,5% de las puérperas con nivel de información deficiente eran nulíparas, mientras que el 16,5% de las puérperas con nivel de información regular fueron primíparas; entonces cabe la posibilidad que haya cierta influencia de la experiencia de un parto previo en el que se haya realizado episiotomía en mejorar el nivel de conocimiento, como también mostro Ponce MA (2005) en su estudio, en el que Si encontró diferencia estadística significativa ($P=0,036$) entre los conocimientos que tenían las madres primíparas 65.6% y las multíparas 94,4% en cuanto al buen nivel de conocimiento sobre el cuidado de la episiotomía.

Labandeira P y cols. (2012) resaltan la importancia de la educación brindada en el puerperio, que en su estudio se denomina Educación Maternal, que se asocia significativamente con un mayor número de respuestas correctas, lo que coincide con la conclusión del estudio de Ponce (2005), que destaca la necesidad de garantizar la educación sanitaria a las mujeres en el puerperio antes del alta hospitalaria.

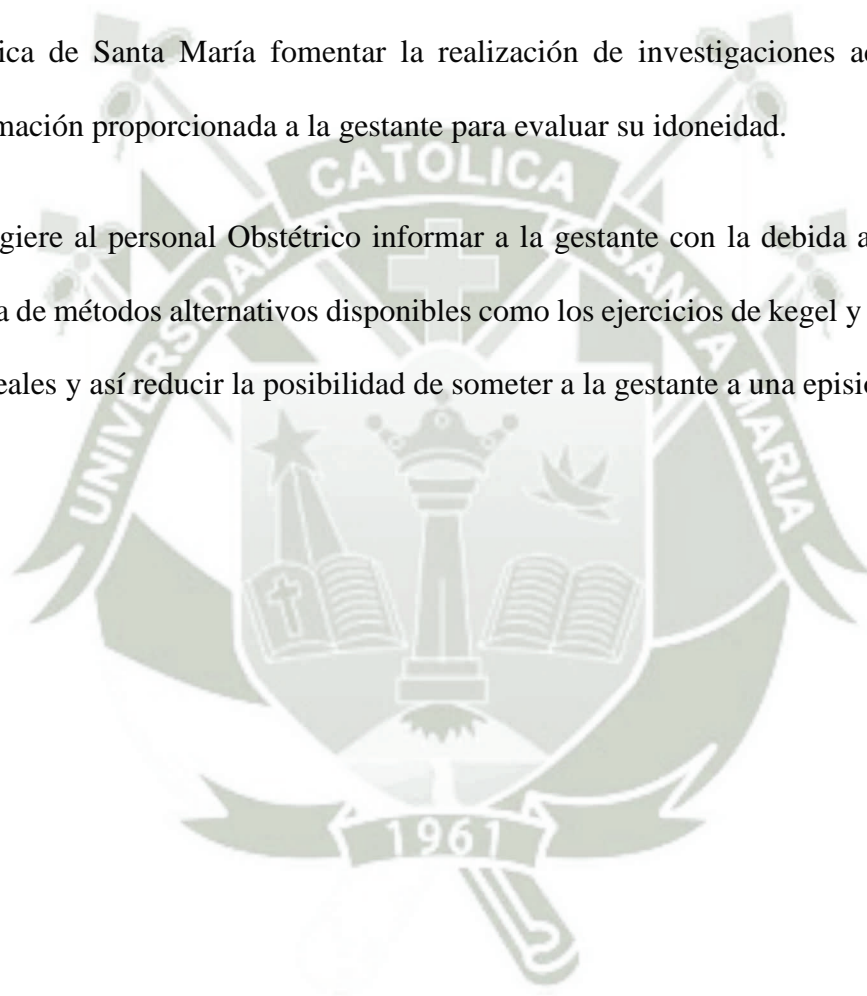
Como se ve, el nivel de información de las madres sobre la episiotomía fue deficiente en la mitad de casos, y regular en casi todo el resto. Hace falta realizar más investigaciones para identificar la posición de las mujeres acerca del procedimiento, así como la del personal asistencial que lo realiza, considerando que se trata de una maniobra no aceptada por la Organización Mundial de la Salud.

CONCLUSIONES

- Primero.** Las características sociodemográficas de las puérperas de parto eutócico del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa tuvieron una edad entre 18-28 años en 72,0%, el estado civil preponderante fue convivientes en 72%, el nivel de instrucción fue secundaria en 60%; la ocupación predominante fue de ama de casa (49.5%) y para el 52.5% fue su primera episiotomía.
- Segundo.** El nivel de información sobre la episiotomía en puérperas que acudieron para atención de parto eutócico al Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa fue deficiente en 50.0%, regular en 48.5%, y bueno en 1.5%.
- Tercero.** Entre las características sociodemográficas asociadas con el nivel de información sobre episiotomía en puérperas de parto eutócico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, solo presento relación estadísticamente significativa con el nivel de instrucción.
- Cuarto.** Se rechaza la hipótesis planteada en nuestra investigación.

RECOMENDACIONES

- 1) Se sugiere al personal obstétrico del Hospital Honorio Delgado elaborar una cartilla de información acerca de la episiotomía para ser distribuida a las gestantes antes del ingreso para la atención del parto.
- 2) Se recomienda a las autoridades de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Católica de Santa María fomentar la realización de investigaciones acerca de la información proporcionada a la gestante para evaluar su idoneidad.
- 3) Se sugiere al personal Obstétrico informar a la gestante con la debida anticipación acerca de métodos alternativos disponibles como los ejercicios de kegel y los masajes perineales y así reducir la posibilidad de someter a la gestante a una episiotomía.



BIBLIOGRAFÍA

1. ROMERO J, PRADO M. “Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso”.
Matronas profesión, 2002; 8: 33-39
2. TOMASSO G. “¿debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria?”.
revista de obstetricia y ginecología de Venezuela, 2002; 2: 115-121
3. SCETTI MR. SERRACANI GS, ZALASAR LA. “uso selectivo de la episiotomía”.
Revista de posgrado de via catedra de medicina, 2005; 146. (Acceso: 10 de noviembre 1015)
Disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista146/2_146.pdf
4. DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA – RAE, edición del tricentenario.
(acceso: 10 de diciembre de 2016)
Disponible en:
<http://dle.rae.es/?id=DgIqVCc>
5. SCHWARCZ RI, DIVERGES CA, DIAZ AG, FESCINA RH. “Obstetricia”. 6ta. Ed.
Buenos Aires: editorial El ateneo; 2005. P. 485-488.
6. SANCHEZ AP, SIÑA ED. “Obstetricia”. 3ra. Ed. Santiago – Chile: editorial
Mediterraneo; 2000. P. 318-320.
7. CASAVILLA F, GUGLIELMONE P, ROSENVASSE EB. “Manual de Obstetricia”.
1ra. Ed. Buenos Aires: Editorial El ateneo; 1987. P. 383-385.
8. BERZAÍN MC, CAMACHO LA. “Episiotomía: Procedimiento a elección y no de
rutina”. Rev Cient Cienc Méd. Cochabamba 2014; vol.17 n.2; P. 53-57.

9. CUNNINGHAM FG, LEVENO KJ, GANT NF, ALEXANDER JM. "Williams Manual de Obstetricia". 20va. Ed. Buenos Aires: editorial médica panamericana; 1997. P. 315-318.
10. CASANOVA ML, LUNA TJ. "estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas: complicaciones hospital nacional docente madre niño san bartolome enero – agosto 2011". Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2012.
11. FAROOK AL-AZZAWI. "parto y técnicas obstétricas". 1ra. Ed. Madrid: editorial diorki, servicios integrales de edición; 1995. P. 37-43.
12. MONGRUT-STEANE GCA. "Tratado de Obstetricia normal y patológica". 4ta Ed. Perú. P. 666-667.
13. GONZALES J, DEL SOL JR. "Obstetricia". 4ta. Ed. Barcelona: Editorial Masson, S.A; 2002. P. 245-247.
14. ALEGRE RV. "Obstetricia Clínica del Parto". 1ra. Ed. Perú: Universidad Católica Santa María; 1999. P. 129-133.
15. BERNUES I. "Efectos de la episiotomía sobre el suelo pélvico y periné". Publicación: Junio 2014. (Acceso: 18 Noviembre 2015)
Disponible en:
<http://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11903/TFGItziarBernues.pdf?sequence=1>
16. HERRERA M. "Obstetricia fisiológica. parto". 1ra. Ed. Perú: Universidad Católica Santa María, escuela de postgrado; 2014. P. 117-119.

17. MATHAI M SANGHVI H, GUIDOTTI RJ. “Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto, Guía para obstetrices y médicos”. Organización mundial de la salud. 2002.
18. GANT NF, CUNNIGHAM FG. “Manual de Ginecoobstetricia”. 1ra ed. Mexico, D.F: el manual moderno, S.A. de C.V; 1995. P. 447-448.
19. GARCIA E. “La episiotomía en la era del parto humanizado”. Publicación: Junio 2013. (Acceso: 10 Noviembre 2015)

Disponible en:

<http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2999/GarciaCuestaE.pdf?sequence=1>
20. DANFORTH. “Tratado de Obstetricia y Ginecología”. 8va. Ed. Mexico D.F: editorial McGraw-Hill interamericana; 1999. P. 106-109.
21. LABANDEIRA P; GÓMEZ C; NÚÑEZ M; MENGIBAR A; VALLECILLOS S;

“Grado de conocimientos sobre cuidados maternos en el puerperio”. Rev. Matronas – cv- Org 2012; vol. 60 n.2; P 36
22. PONCE MA. “Conocimientos de las puérperas sobre autocuidados de la episiotomía y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria”. Rev. Matronas Profesion. España 2005; vol. 6 n.3; P. 14-19
23. YI WAY C. “Acciones de humanización en la asistencia del parto: Experiencia y percepción de un grupo de mujeres en un hospital escolar”. Tesis online, Escuela de enfermería de la Universidad de Sao Paulo, 2009.
24. VARAS J. “Comunicación médico-paciente durante el embarazo”. Rev. Obstet. Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2011; vol. 6; P. 181-184

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de investigación: Asociación entre las características sociodemográficas y el nivel de información sobre episiotomía en púerperas de parto eutócico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, Abril – Mayo 2016.

Investigadoras: Susan Helen Becerra Machuca

Yoisi del Pilar Cruz Carita

Se me ha solicitado participar de una investigación que pretende determinar el nivel de información que tenemos las gestantes acerca de la episiotomía.

Al participar de este estudio, yo estoy de acuerdo con que me realice un cuestionario.

Yo entiendo que:

- En mi participación, se asegura la privacidad y confidencialidad de los testimonios realizados.
- Yo podre retractarme de participar en este estudio en cualquier momento sin dar razones.
- Los resultados de este estudio pueden ser publicados con propósitos académicos pero mi nombre e identidad no será revelada.
- Este consentimiento fue resuelto voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada.

Investigador Responsable

Usuaría Participante

ANEXO 2. CUESTIONARIO

El presente cuestionario tiene por finalidad dar a conocer cuánto usted sabe acerca de la episiotomía como procedimiento quirúrgico obstétrico; por lo que solicito responda con veracidad y precisión estas preguntas, agradeciendo su cordial colaboración.

Instrucciones: Lea detenidamente cada pregunta y luego marque con un aspa (X) la respuesta correcta según crea conveniente.

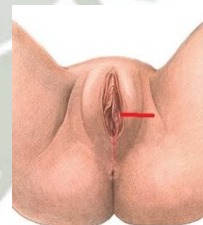
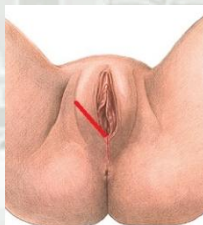
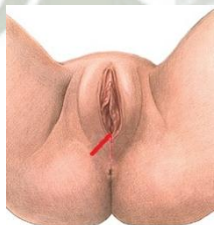
A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. Edad:
2. Estado civil:
 - ☐ Soltera.
 - ☐ Casada.
 - ☐ Conviviente.
 - ☐ Otro.
3. Grado de instrucción:
 - ☐ Iltrado.
 - ☐ Primaria.
 - ☐ Secundaria.
 - ☐ Técnico Superior.
 - ☐ Superior Universitario.
4. Ocupación:
 - ☐ Ama de casa.
 - ☐ Trabajadora dependiente.
 - ☐ Trabajadora independiente.
 - ☐ Otros.
5. Número de hijos antes del parto actual:

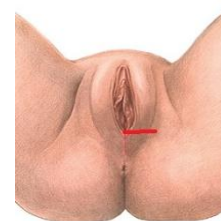
B. NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE EPISIOTOMÍA:

➤ INFORMACIÓN DEL CONCEPTO Y TIPOS DE EPISIOTOMÍA

1. La episiotomía es:
 - a) La sutura que se hace para los desgarros.
 - b) Un corte que se hace para agrandar la vagina.
 - c) Un corte en los labios de la vulva
2. La episiotomía se realiza:
 - a) A todas las mujeres por igual.
 - b) Mayormente a las mujeres que tiene parto por primera ves
 - c) Solo algunas dependiendo de las características de su vagina.
3. La episiotomía se utiliza para:
 - a) Controlar que la vulva y los tejidos del periné se estiren demasiado en la hora del parto.
 - b) Prevenir que la vagina comprima o aplaste demasiado al bebe.
 - c) Evitar que la madre sienta demasiado dolor en el momento del parto.
4. Marque usted sobre la imagen en qué lugar se hace la episiotomía:



5. Hay varios tipos de episiotomía, puede usted marcar sobre la imagen cual es la más usada en el parto:



➤ **INFORMACIÓN DE LAS INDICACIONES PARA UNA EPISIOTOMÍA**

6. La episiotomía se efectúa por:
 - a) Elección del médico u obstetra.
 - b) Elección de la madre.
 - c) Por indicación en su carnet perinatal.
7. La episiotomía se hace cuando:
 - a) La vagina es poco elástica.
 - b) La madre tiene demasiado dolor.
 - c) Él bebe tiene el cordón umbilical enredado.
8. Sabe usted en qué casos se debe indicar una episiotomía:
 - a) Cuando la madre es adolescente.
 - b) Cuando el feto es prematuro.
 - c) Cuando la madre tiene más de 35 años.
9. Es correcto efectuar una episiotomía cuando:
 - a) La madre tiene más de 40 semanas de gestación
 - b) La madre es portadora de VIH
 - c) Él bebe no está bien posicionado.

➤ **INFORMACIÓN DE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA EPISIOTOMÍA**

10. Una de las ventajas (algo bueno) de la episiotomía para la madre es:
 - a) Al acelerar el parto, disminuye el sangrado y evita el dolor.
 - b) Previene que haya prolapsos.
 - c) Permitirá que la vagina quede más estrecha después del parto.
11. Una ventaja (algo bueno) de la episiotomía para el bebe es que:
 - a) Los niños nacidos con esta técnica son más inteligentes.
 - b) Él bebe nacerá con mejores condiciones psicológicas
 - c) Evita el sufrimiento fetal.

12. Una de las desventajas (algo malo) de la episiotomía para la madre es:

- a) Aumento de pérdida sanguínea.
- b) La anestesia que usan afectara el momento de amamantar.
- c) Cuadro de anemia postparto por tanta pérdida sanguínea.

13. Una desventaja (algo malo) de la episiotomía para el feto es:

- a) Él bebe puede tragar la sangre que produce dicho corte.
- b) No hay ninguna desventaja.
- c) Al anestesiarse a la madre también se anestesia al bebe.

➤ **INFORMACIÓN DEL MOMENTO Y TECNICA DE LA EPISIOTOMÍA Y
EPISIORRAFIA**

14. El momento de efectuar la episiotomía es:

- a) Apenas pasa a sala de partos.
- b) Cuando la cabeza del bebé está por salir.
- c) Luego que sale él bebe para que pueda salir la placenta

15. Para la realización de la episiotomía:

- a) No se coloca anestesia.
- b) No es necesario informar a la gestante por ser una maniobra de rutina.
- c) Se va a colocar anestesia local.

16. La sutura de la episiotomía se hace:

- a) Apenas salió el feto para evitar el sangrado excesivo
- b) Luego de la salida de la placenta.
- c) Cuando la vagina dejo de sangrar por completo.

17. Sobre la sutura:

- a) El material que se utiliza es reabsorbible.
- b) Suturar una episiotomía es igual que suturar un desgarro.
- c) Debe quedar cubierta para evitar su contaminación.

➤ **INFORMACIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA**

18. La complicación más frecuente de la episiotomía es:

- a) Dolor postparto.
- b) Desgarro perineal.
- c) Hematoma (acumulación de sangre en la herida).

19. Las complicaciones de la episiotomía se dan mayormente por:

- a) Una mala práctica en el procedimiento.
- b) Cuidado inapropiado de la sutura.
- c) Tipo de episiotomía que se realizó.

➤ **INFORMACIÓN DE LOS CUIDADOS DE LA EPISIOTOMÍA**

20. Luego de alta, la episiotomía requiere de cuidados como:

- a) Aplicar cremas antibióticas para evitar la infección.
- b) Lavados con agua tibia y jabón 2-3 veces al día.
- c) No tener relaciones sexuales por 30 días.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 3. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTO

1. TITULO DE LA INVESTIGACION:

ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE EPISIOTOMÍA EN PUÉRPERAS CON PARTO EUTÓCICO DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ABRIL – MAYO 2016

1. DATOS PERSONALES DEL EXPERTO:

Nombre y apellidos: Dr. Carlos Saavedra

Institución a la que pertenece: Facultad de medicina humana de la UCSM

Cargo que desempeña: Docente

2. TIPO DE INSTRUMENTO: cuestionario

3. OBSERVACIÓN EN CUANTO A LOS ÍTEMS

NUMERO DE ÍTEM OBSERVADO	CONSIDERACIONES DEL EXPERTO	
	MODIFICAR	ELIMINAR

4. OBSERVACIÓN EN CUANTO AL FORMATO

Adecuado. Alcanzó un coeficiente de Cronbach $> 0,70$.

5. OBSERVACIÓN EN CUANTO A LA REDACCIÓN

Adecuada.

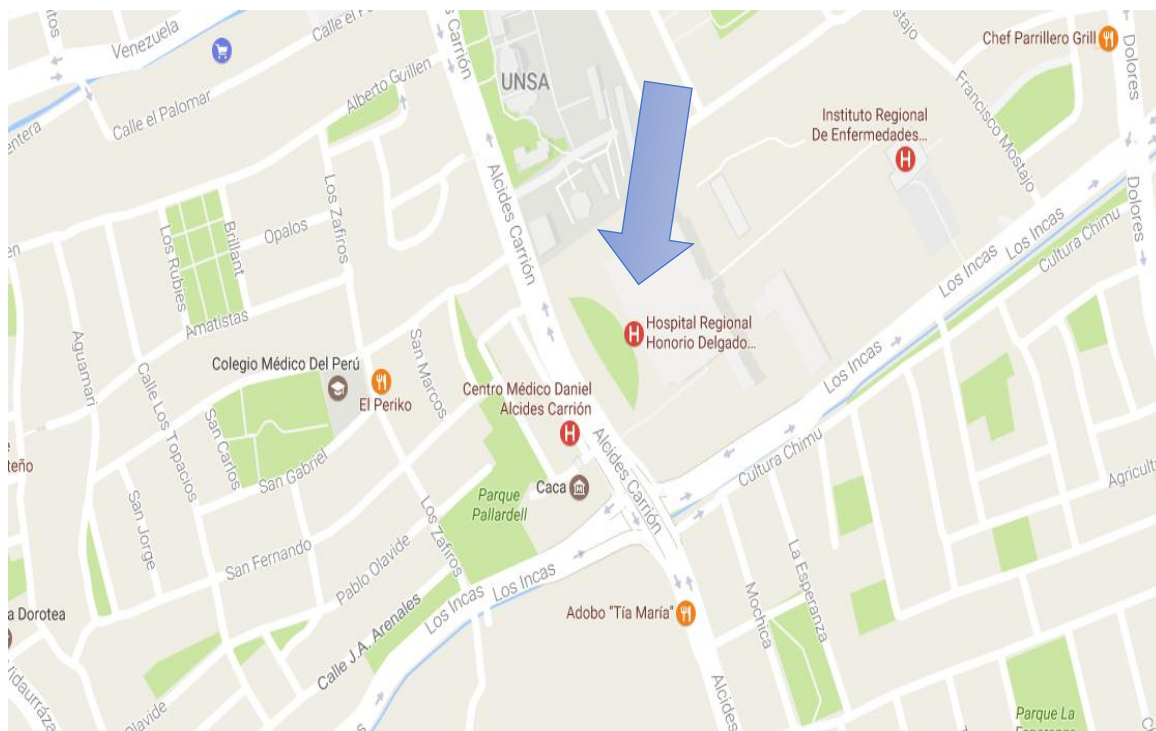
6. SUGERENCIAS

Ninguna.


Dr. Carlos J. Saavedra Herrera
MEDICO CIRUJANO
CMP: 30461

ANEXO 4. CROQUIS DELIMITACIÓN DEL LUGAR

HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA



ANEXO 5. MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

ID	Edad	edadCOD	Ecivil	Ginstruccion	Ocupacion	Nhijos	Nconocimiento	NconocimientoCOD	A5	A5cod	B4	B4cod	C4	C4cod	D4	D4cod	E2	E2cod	F1	F1cod
1,00	18,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Otros	No	8,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	3,00	Regular	,00	Deficiente	,00	Deficiente
2,00	29,00	29-39 años	Casada	Secundaria	Ama de casa	Si	12,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
3,00	19,00	18-28 años	Conviviente	Tecnico-superior	Trabajadora Independiente	No	10,00	Deficiente	3,00	Regular	1,00	Deficiente	3,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
4,00	28,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Trabajadora dependiente	Si	10,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
5,00	27,00	18-28 años	Casada	Superior universitario	Trabajadora Independiente	No	13,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
6,00	30,00	29-39 años	Conviviente	Secundaria	Trabajadora Independiente	Si	10,00	Deficiente	3,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
7,00	26,00	18-28 años	Conviviente	Tecnico-superior	Trabajadora dependiente	No	11,00	Regular	4,00	Bueno	3,00	Regular	1,00	Deficiente	3,00	Regular	,00	Deficiente	,00	Deficiente
8,00	29,00	29-39 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	10,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	3,00	Regular	2,00	Bueno	,00	Deficiente
9,00	39,00	29-39 años	Casada	Tecnico-superior	Ama de casa	Si	11,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
10,00	22,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	11,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	,00	Deficiente	,00	Deficiente
11,00	28,00	18-28 años	Casada	Tecnico-superior	Ama de casa	No	13,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
12,00	29,00	29-39 años	Conviviente	Superior universitario	Otros	No	15,00	Regular	4,00	Bueno	3,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
13,00	36,00	29-39 años	Conviviente	Secundaria	Trabajadora Independiente	Si	15,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	4,00	Bueno	2,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
14,00	19,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	16,00	Bueno	5,00	Bueno	3,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
15,00	27,00	18-28 años	Conviviente	Tecnico-superior	Trabajadora dependiente	Si	14,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
16,00	24,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	14,00	Regular	4,00	Bueno	4,00	Bueno	3,00	Regular	2,00	Regular	,00	Deficiente	1,00	Bueno
17,00	19,00	18-28 años	Conviviente	Tecnico-superior	Otros	No	14,00	Regular	4,00	Bueno	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
18,00	29,00	29-39 años	Conviviente	Tecnico-superior	Trabajadora Independiente	Si	13,00	Regular	4,00	Bueno	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
19,00	18,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	No	11,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
20,00	25,00	18-28 años	Soltera	Tecnico-superior	Trabajadora dependiente	No	13,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
21,00	24,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	12,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
22,00	27,00	18-28 años	Conviviente	Tecnico-superior	Otros	Si	9,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Bueno	1,00	Bueno
23,00	22,00	18-28 años	Conviviente	Superior universitario	Otros	No	13,00	Regular	4,00	Bueno	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Bueno	,00	Deficiente
24,00	38,00	29-39 años	Casada	Secundaria	Ama de casa	Si	9,00	Deficiente	3,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente	,00	Deficiente
25,00	18,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	No	9,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	3,00	Regular	3,00	Regular	,00	Deficiente	,00	Deficiente
26,00	30,00	29-39 años	Conviviente	Tecnico-superior	Trabajadora Independiente	Si	10,00	Deficiente	3,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	,00	Deficiente	,00	Deficiente
27,00	20,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	12,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
28,00	29,00	29-39 años	Conviviente	Superior universitario	Trabajadora Independiente	No	8,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente	,00	Deficiente
29,00	20,00	18-28 años	Soltera	Superior universitario	Otros	No	11,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
30,00	18,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	No	12,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Bueno	,00	Deficiente
31,00	20,00	18-28 años	Otro	Tecnico-superior	Ama de casa	No	9,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
32,00	20,00	18-28 años	Conviviente	Tecnico-superior	Otros	Si	12,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
33,00	34,00	29-39 años	Conviviente	Tecnico-superior	Ama de casa	No	11,00	Regular	3,00	Regular	4,00	Bueno	2,00	Regular	2,00	Regular	,00	Deficiente	,00	Deficiente
34,00	25,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Trabajadora Independiente	Si	8,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Bueno	,00	Deficiente
35,00	25,00	18-28 años	Conviviente	Tecnico-superior	Trabajadora Independiente	Si	13,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
36,00	25,00	18-28 años	Conviviente	Tecnico-superior	Ama de casa	Si	10,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
37,00	21,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Trabajadora Independiente	No	7,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
38,00	29,00	29-39 años	Conviviente	Primaria	Ama de casa	No	8,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
39,00	22,00	18-28 años	Conviviente	Superior universitario	Otros	No	11,00	Regular	4,00	Bueno	4,00	Bueno	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente	,00	Deficiente
40,00	41,00	>=40 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	8,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	,00	Deficiente	,00	Deficiente
41,00	19,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	No	11,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
42,00	40,00	>=40 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	9,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
43,00	30,00	29-39 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	No	10,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
44,00	19,00	18-28 años	Soltera	Secundaria	Trabajadora Independiente	No	8,00	Deficiente	3,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
45,00	25,00	18-28 años	Otro	Tecnico-superior	Trabajadora dependiente	No	10,00	Deficiente	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	,00	Deficiente	,00	Deficiente
46,00	19,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	No	9,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente	1,00	Bueno
47,00	33,00	29-39 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	8,00	Deficiente	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente	,00	Deficiente
48,00	20,00	18-28 años	Conviviente	Primaria	Ama de casa	Si	10,00	Deficiente	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
49,00	29,00	29-39 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	No	8,00	Deficiente	2,00	Regular	,00	Deficiente	2,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
50,00	37,00	29-39 años	Casada	Secundaria	Ama de casa	Si	7,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Regular	,00	Deficiente	1,00	Bueno

51,00	18,00	18-28 años	Soltera	Secundaria	Trabajadora Independiente	No	10,00	Deficiente	3,00	Regular	1,00	Deficiente	3,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
52,00	23,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	11,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
53,00	20,00	18-28 años	Soltera	Secundaria	Ama de casa	No	9,00	Deficiente	3,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Regular	,00	Deficiente	,00	Deficiente
54,00	29,00	29-39 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	13,00	Regular	4,00	Bueno	3,00	Regular	4,00	Bueno	1,00	Deficiente	,00	Deficiente	1,00	Bueno
55,00	19,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	10,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
56,00	40,00	>=40 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	8,00	Deficiente	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente	,00	Deficiente
57,00	18,00	18-28 años	Soltera	Secundaria	Trabajadora dependiente	No	10,00	Deficiente	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
58,00	25,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	8,00	Deficiente	2,00	Regular	,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
59,00	18,00	18-28 años	Soltera	Secundaria	Ama de casa	No	5,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	,00	Deficiente	,00	Deficiente	2,00	Bueno	,00	Deficiente
60,00	36,00	29-39 años	Otro	Primaria	Ama de casa	Si	5,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
61,00	22,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Trabajadora Independiente	No	5,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
62,00	18,00	18-28 años	Soltera	Secundaria	Otros	No	4,00	Deficiente	,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	,00	Deficiente	1,00	Bueno
63,00	22,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	No	5,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	,00	Deficiente	,00	Deficiente
64,00	20,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	No	5,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
65,00	20,00	18-28 años	Conviviente	Tecnico-superior	Trabajadora dependiente	No	6,00	Deficiente	,00	Deficiente	1,00	Deficiente	3,00	Regular	,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
66,00	21,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Otros	No	6,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	,00	Deficiente	,00	Deficiente
67,00	34,00	29-39 años	Conviviente	Primaria	Trabajadora dependiente	Si	5,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
68,00	25,00	18-28 años	Soltera	Secundaria	Trabajadora dependiente	No	6,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Bueno	1,00	Bueno
69,00	34,00	29-39 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	5,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente	,00	Deficiente	,00	Deficiente
70,00	20,00	18-28 años	Casada	Secundaria	Trabajadora dependiente	No	7,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
71,00	24,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	9,00	Deficiente	1,00	Deficiente	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
72,00	35,00	29-39 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	8,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
73,00	28,00	18-28 años	Soltera	Secundaria	Trabajadora Independiente	Si	13,00	Regular	4,00	Bueno	4,00	Bueno	2,00	Regular	3,00	Regular	,00	Deficiente	1,00	Bueno
74,00	24,00	18-28 años	Soltera	Tecnico-superior	Trabajadora dependiente	No	13,00	Regular	4,00	Bueno	3,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	,00	Deficiente	1,00	Bueno
75,00	23,00	18-28 años	Casada	Tecnico-superior	Ama de casa	No	12,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
76,00	23,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Trabajadora Independiente	No	10,00	Deficiente	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	,00	Deficiente	2,00	Bueno	1,00	Bueno
77,00	28,00	18-28 años	Conviviente	Tecnico-superior	Trabajadora Independiente	Si	9,00	Deficiente	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	,00	Deficiente	,00	Deficiente
78,00	19,00	18-28 años	Soltera	Secundaria	Trabajadora Independiente	No	10,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
79,00	35,00	29-39 años	Conviviente	Tecnico-superior	Trabajadora dependiente	Si	10,00	Deficiente	4,00	Bueno	2,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Regular	,00	Deficiente	1,00	Bueno
80,00	26,00	18-28 años	Soltera	Superior universitario	Trabajadora dependiente	No	12,00	Regular	5,00	Bueno	1,00	Deficiente	2,00	Regular	3,00	Regular	,00	Deficiente	1,00	Bueno
81,00	26,00	18-28 años	Conviviente	Tecnico-superior	Trabajadora Independiente	No	13,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
82,00	20,00	18-28 años	Conviviente	Superior universitario	Trabajadora Independiente	No	11,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	,00	Deficiente	1,00	Bueno
83,00	22,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Trabajadora Independiente	Si	11,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
84,00	29,00	29-39 años	Conviviente	Superior universitario	Trabajadora dependiente	Si	10,00	Deficiente	1,00	Deficiente	3,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
85,00	20,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Otros	No	7,00	Deficiente	,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	,00	Deficiente	,00	Deficiente
86,00	35,00	29-39 años	Conviviente	Primaria	Ama de casa	Si	9,00	Deficiente	2,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
87,00	39,00	29-39 años	Casada	Tecnico-superior	Ama de casa	Si	11,00	Regular	4,00	Bueno	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
88,00	18,00	18-28 años	Soltera	Secundaria	Otros	No	9,00	Deficiente	,00	Deficiente	,00	Deficiente	3,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
89,00	20,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	No	15,00	Regular	4,00	Bueno	3,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
90,00	18,00	18-28 años	Soltera	Superior universitario	Trabajadora dependiente	No	15,00	Regular	4,00	Bueno	3,00	Regular	2,00	Regular	4,00	Bueno	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
91,00	30,00	29-39 años	Casada	Superior universitario	Ama de casa	No	15,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
92,00	21,00	18-28 años	Soltera	Secundaria	Otros	No	16,00	Bueno	4,00	Bueno	4,00	Bueno	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
93,00	26,00	18-28 años	Conviviente	Superior universitario	Trabajadora Independiente	No	15,00	Regular	4,00	Bueno	2,00	Regular	2,00	Regular	4,00	Bueno	2,00	Bueno	1,00	Bueno
94,00	30,00	29-39 años	Conviviente	Tecnico-superior	Trabajadora Independiente	Si	14,00	Regular	4,00	Bueno	3,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
95,00	36,00	29-39 años	Conviviente	Primaria	Trabajadora dependiente	Si	4,00	Deficiente	,00	Deficiente	,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
96,00	19,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	6,00	Deficiente	,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
97,00	18,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	No	6,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente	1,00	Bueno
98,00	28,00	18-28 años	Conviviente	Primaria	Otros	Si	5,00	Deficiente	,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
99,00	28,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Trabajadora Independiente	No	6,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	,00	Deficiente	1,00	Bueno
100,00	22,00	18-28 años	Conviviente	Superior universitario	Trabajadora dependiente	No	6,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Bueno	,00	Deficiente
101,00	18,00	18-28 años	Soltera	Secundaria	Otros	No	13,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	,00	Deficiente	1,00	Bueno
102,00	21,00	18-28 años	Soltera	Secundaria	Trabajadora dependiente	No	8,00	Deficiente	1,00	Deficiente	3,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
103,00	26,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	8,00	Deficiente	,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
104,00	35,00	29-39 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	8,00	Deficiente	3,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente	,00	Deficiente	1,00	Bueno
105,00	19,00	18-28 años	Casada	Secundaria	Ama de casa	No	10,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Bueno

106,00	23,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Trabajadora dependiente	No	7,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
107,00	20,00	18-28 años	Conviviente	Superior universitario	Otros	No	8,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
108,00	20,00	18-28 años	Casada	Tecnico-superior	Trabajadora dependiente	No	12,00	Regular	1,00	Deficiente	3,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Bueno	,00	Deficiente
109,00	19,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	No	7,00	Deficiente	3,00	Regular	,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
110,00	25,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Trabajadora dependiente	Si	8,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente	1,00	Bueno
111,00	32,00	29-39 años	Soltera	Tecnico-superior	Trabajadora Independiente	No	10,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	3,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
112,00	22,00	18-28 años	Conviviente	Tecnico-superior	Otros	No	9,00	Deficiente	2,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente	,00	Deficiente
113,00	32,00	29-39 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	9,00	Deficiente	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente	1,00	Bueno
114,00	23,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Trabajadora Independiente	No	8,00	Deficiente	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente	,00	Deficiente
115,00	39,00	29-39 años	Conviviente	Primaria	Trabajadora Independiente	Si	12,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Bueno	,00	Deficiente
116,00	23,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Otros	No	13,00	Regular	4,00	Bueno	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
117,00	28,00	18-28 años	Soltera	Secundaria	Ama de casa	Si	10,00	Deficiente	3,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente	1,00	Bueno
118,00	23,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	13,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	4,00	Bueno	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
119,00	31,00	29-39 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	9,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
120,00	18,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Trabajadora Independiente	No	13,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
121,00	25,00	18-28 años	Conviviente	Tecnico-superior	Trabajadora dependiente	No	12,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
122,00	22,00	18-28 años	Soltera	Secundaria	Trabajadora dependiente	No	8,00	Deficiente	3,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Regular	,00	Deficiente	,00	Deficiente
123,00	18,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	No	12,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	4,00	Bueno	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
124,00	19,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	No	9,00	Deficiente	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
125,00	36,00	29-39 años	Conviviente	Secundaria	Trabajadora Independiente	Si	9,00	Deficiente	4,00	Bueno	1,00	Deficiente	,00	Deficiente	3,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
126,00	34,00	29-39 años	Conviviente	Tecnico-superior	Ama de casa	Si	13,00	Regular	1,00	Deficiente	3,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
127,00	19,00	18-28 años	Conviviente	Tecnico-superior	Otros	No	11,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
128,00	21,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	No	12,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
129,00	23,00	18-28 años	Conviviente	Tecnico-superior	Trabajadora Independiente	No	12,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	3,00	Regular	4,00	Bueno	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
130,00	20,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	No	9,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	4,00	Bueno	,00	Deficiente	1,00	Bueno
131,00	34,00	29-39 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	13,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	4,00	Bueno	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
132,00	20,00	18-28 años	Conviviente	Superior universitario	Ama de casa	No	7,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Regular	,00	Deficiente	1,00	Bueno
133,00	25,00	18-28 años	Conviviente	Superior universitario	Trabajadora dependiente	No	7,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
134,00	28,00	18-28 años	Casada	Tecnico-superior	Ama de casa	Si	13,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	4,00	Bueno	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
135,00	18,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	No	12,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	4,00	Bueno	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
136,00	30,00	29-39 años	Casada	Primaria	Ama de casa	Si	8,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	3,00	Regular	2,00	Regular	,00	Deficiente	1,00	Bueno
137,00	18,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	No	12,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
138,00	23,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	No	8,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
139,00	24,00	18-28 años	Soltera	Tecnico-superior	Trabajadora Independiente	Si	11,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
140,00	20,00	18-28 años	Soltera	Secundaria	Otros	No	12,00	Regular	4,00	Bueno	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
141,00	23,00	18-28 años	Casada	Secundaria	Trabajadora Independiente	No	12,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	4,00	Bueno	4,00	Bueno	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
142,00	26,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Trabajadora Independiente	Si	11,00	Regular	4,00	Bueno	2,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
143,00	27,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	13,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Bueno	1,00	Bueno
144,00	19,00	18-28 años	Soltera	Superior universitario	Trabajadora dependiente	No	12,00	Regular	4,00	Bueno	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
145,00	29,00	29-39 años	Casada	Secundaria	Ama de casa	Si	8,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
146,00	27,00	18-28 años	Casada	Secundaria	Ama de casa	Si	11,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
147,00	23,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	No	12,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
148,00	44,00	>=40 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	7,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
149,00	19,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	No	12,00	Regular	3,00	Regular	,00	Deficiente	3,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
150,00	25,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	13,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	4,00	Bueno	2,00	Regular	2,00	Bueno	,00	Deficiente
151,00	28,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	10,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
152,00	18,00	18-28 años	Conviviente	Tecnico-superior	Trabajadora dependiente	No	12,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
153,00	22,00	18-28 años	Soltera	Tecnico-superior	Trabajadora Independiente	No	13,00	Regular	4,00	Bueno	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
154,00	18,00	18-28 años	Conviviente	Iletrado	Ama de casa	No	11,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
155,00	21,00	18-28 años	Conviviente	Tecnico-superior	Trabajadora Independiente	No	12,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
156,00	32,00	29-39 años	Casada	Secundaria	Ama de casa	Si	12,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Bueno	1,00	Bueno
157,00	33,00	29-39 años	Conviviente	Secundaria	Trabajadora Independiente	Si	12,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	,00	Deficiente	2,00	Bueno	1,00	Bueno
158,00	18,00	18-28 años	Conviviente	Superior universitario	Trabajadora dependiente	No	7,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	,00	Deficiente	,00	Deficiente	1,00	Bueno
159,00	26,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Trabajadora dependiente	No	11,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	3,00	Regular	,00	Deficiente	1,00	Bueno
160,00	32,00	29-39 años	Conviviente	Tecnico-superior	Ama de casa	Si	11,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	,00	Deficiente	1,00	Bueno

161,00	27,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	7,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
162,00	20,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	No	9,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
163,00	23,00	18-28 años	Conviviente	Tecnico-superior	Trabajadaora dependiente	Si	11,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Bueno	,00	Deficiente
164,00	20,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Trabajadaora dependiente	No	13,00	Regular	3,00	Regular	4,00	Bueno	4,00	Bueno	2,00	Regular	,00	Deficiente	,00	Deficiente
165,00	19,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	12,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
166,00	19,00	18-28 años	Conviviente	Primaria	Ama de casa	Si	10,00	Deficiente	3,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente	1,00	Bueno
167,00	35,00	29-39 años	Conviviente	Primaria	Ama de casa	Si	9,00	Deficiente	3,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
168,00	41,00	>=40 años	Casada	Secundaria	Ama de casa	Si	11,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	,00	Deficiente	,00	Deficiente
169,00	37,00	29-39 años	Casada	Primaria	Trabajadaora dependiente	Si	12,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
170,00	23,00	18-28 años	Casada	Secundaria	Ama de casa	No	11,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
171,00	22,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	9,00	Deficiente	3,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
172,00	22,00	18-28 años	Casada	Secundaria	Trabajadora Independiente	No	8,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Bueno	1,00	Bueno
173,00	23,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	11,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	4,00	Bueno	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
174,00	32,00	29-39 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	9,00	Deficiente	1,00	Deficiente	4,00	Bueno	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente	1,00	Bueno
175,00	20,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	11,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	,00	Deficiente	1,00	Bueno
176,00	25,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	10,00	Deficiente	3,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
177,00	28,00	18-28 años	Soltera	Secundaria	Trabajadora Independiente	Si	9,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
178,00	20,00	18-28 años	Conviviente	Tecnico-superior	Otros	No	13,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Bueno	1,00	Bueno
179,00	25,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	No	8,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	3,00	Regular	,00	Deficiente	2,00	Bueno	,00	Deficiente
180,00	18,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Otros	No	8,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	3,00	Regular	,00	Deficiente	,00	Deficiente
181,00	29,00	29-39 años	Casada	Secundaria	Ama de casa	Si	12,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
182,00	19,00	18-28 años	Conviviente	Tecnico-superior	Trabajadora Independiente	No	10,00	Deficiente	3,00	Regular	1,00	Deficiente	3,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
183,00	28,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Trabajadaora dependiente	Si	10,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
184,00	27,00	18-28 años	Casada	Superior universitario	Trabajadora Independiente	No	13,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
185,00	30,00	29-39 años	Conviviente	Secundaria	Trabajadora Independiente	Si	10,00	Deficiente	3,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	2,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
186,00	26,00	18-28 años	Conviviente	Tecnico-superior	Trabajadaora dependiente	No	11,00	Regular	4,00	Bueno	3,00	Regular	1,00	Deficiente	3,00	Regular	,00	Deficiente	,00	Deficiente
187,00	29,00	29-39 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	10,00	Deficiente	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	3,00	Regular	2,00	Bueno	,00	Deficiente
188,00	39,00	29-39 años	Casada	Tecnico-superior	Ama de casa	Si	11,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	,00	Deficiente
189,00	22,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	11,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	,00	Deficiente	,00	Deficiente
190,00	28,00	18-28 años	Casada	Tecnico-superior	Ama de casa	No	13,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
191,00	29,00	29-39 años	Conviviente	Superior universitario	Otros	No	15,00	Regular	4,00	Bueno	3,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
192,00	36,00	29-39 años	Conviviente	Secundaria	Trabajadora Independiente	Si	15,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	4,00	Bueno	2,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
193,00	19,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	16,00	Bueno	5,00	Bueno	3,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
194,00	27,00	18-28 años	Conviviente	Tecnico-superior	Trabajadaora dependiente	Si	14,00	Regular	2,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
195,00	24,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	14,00	Regular	4,00	Bueno	4,00	Bueno	3,00	Regular	2,00	Regular	,00	Deficiente	1,00	Bueno
196,00	19,00	18-28 años	Conviviente	Tecnico-superior	Otros	No	14,00	Regular	4,00	Bueno	2,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
197,00	29,00	29-39 años	Conviviente	Tecnico-superior	Trabajadora Independiente	Si	13,00	Regular	4,00	Bueno	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
198,00	18,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	No	11,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Bueno
199,00	25,00	18-28 años	Soltera	Tecnico-superior	Trabajadaora dependiente	No	13,00	Regular	3,00	Regular	3,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Bueno	1,00	Bueno
200,00	24,00	18-28 años	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Si	12,00	Regular	2,00	Regular	2,00	Regular	1,00	Deficiente	1,00	Deficiente	2,00	Bueno	1,00	Bueno